



**UNIVERSIDADE DO MINDELO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO**

**Autora: Dirce Helena Lopes Andrade, N.º 2807**

**Mindelo, Setembro de 2017**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem

## **Cuidados de enfermagem ao cuidador da pessoa com esquizofrenia**

Discente: Dirce Helena Lopes Andrade, nº2807

Orientadora: Mestre Denise Oliveira Centeio

Mindelo, Setembro de 2017

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio incondicional oferecido e que em todos os momentos esteve comigo e pude entender como a família é indispensável e fundamental na vida de qualquer indivíduo.

E, à todas as pessoas que sofrem de esquizofrenia, às suas respectivas famílias bem como os seus cuidadores, desejo-lhes muita coragem e animo nessa tarefa tão árdua das suas vidas.

## **Agradecimentos**

Durante toda nossa vida deparamos com inúmeras pessoas que nos apoiam de uma forma ou outra, possibilitando assim a concretização dos nossos sonhos. Deste modo, agradeço à todas as pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração deste trabalho e às que com o seu contributo precioso, possibilitaram alcançar os objetivos traçados ao longo da carreira académica.

Começo por agradecer à Deus que em todos os momentos pude sentir a sua presença.

À minha família, especialmente aos meus pais, irmãos e minha filha, amigos e colegas pelo apoio absoluto, pelo incentivo nos estudos e sobretudo pela amizade.

À minha orientadora Docente Mestre Denise Oliveira Centeio, por orientar-me no decorrer do meu trabalho, pela disponibilidade e paciência no decorrer do trabalho.

À todos os enfermeiros do Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, um agradecimento especial pelo apoio e profissionalismo aquando do meu Ensino Clínico.

Ao enfermeiro Alexandre, chefe do referido serviço, por ter disponibilizado dados que me possibilitou estabelecer o contacto com as famílias e os respetivos cuidadores que fizeram parte do estudo.

À todos os profissionais de saúde, um profundo agradecimento pela disponibilidade e sobretudo pelo valioso auxílio dado como profissionais, companheiros e como pessoas especiais.

À todos os familiares e cuidadores da pessoa com esquizofrenia que de uma forma muito simpática me acolheram nas suas casas e partilharam as suas vivências, um muito obrigado por me terem confiado as suas narrativas de vida mesmo sendo sofridas.

É com muita alegria, emoção e sinceridade que deixo um profundo agradecimento à todos quantos participaram na realização deste trabalho.

Sem vocês não seria possível a concretização deste trabalho.

## **Resumo**

A esquizofrenia é das patologias psiquiátricas mais impactantes devido a complexidade dos seus sintomas que interferem com as atividades de vida diária da pessoa acometida. Passando este a depender de alguém que zele pela satisfação das suas necessidades, normalmente de um familiar. O papel ativo da família é essencial para o tratamento, reabilitação e reinserção social do seu familiar que sofre de esquizofrenia, porém, o desempenho do papel de cuidador é bastante desafiante e desgastante. Pelo que o próprio cuidador informal também necessita de cuidados de enfermagem que fomentem o seu bem-estar. Pretendeu-se com este trabalho descrever a experiência de cuidar da pessoa com esquizofrenia sob o ponto de vista do cuidador. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de carácter qualitativo. Os participantes deste estudo são 8 cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Utilizou-se como método de recolha de informações a entrevista semi-estruturada. Os resultados apontam que os cuidados prestados aos cuidadores de pessoas com esquizofrenia é uma utopia que urge tornar-se realidade. Concretamente, os resultados mostram que os cuidadores pouco ou nenhuma orientação recebem por parte dos profissionais de saúde para melhor cuidar da pessoa com esquizofrenia. Também mostram que os cuidadores enfrentam dificuldades de várias ordens no cuidar, das quais a sobrecarga física, emocional e económica ocupam um lugar de destaque. Percebe-se dos resultados que em meio a tantas dificuldades, os cuidadores encontram-se a mercê da sua sorte mas ainda assim cuidam com afeição. Os resultados sugerem a importância da enfermagem assistencial, no seio de uma equipa pluridisciplinar, desenvolver acções preventivas e interventivas em proveito dos cuidadores da pessoa portadora de esquizofrenia, tanto no sentido de ajudar na melhoria das condições de vida bem como na redução das consequências que a sobrecarga provoca no cuidar. Finalmente espera-se que este trabalho seja uma ferramenta que sensibilize os enfermeiros para a importância de incluir os cuidadores informais nos planos de cuidados da pessoa com esquizofrenia, que seja um incentivo para novas pesquisas nesta área e, que sirva de material de pesquisa para futuros estudos.

**Palavras-chave:** Cuidados de enfermagem; Cuidador; Esquizofrenia.

## **Abstract**

Schizophrenia is one of the psychological pathology which has higher impact due to the complexity of the symptoms that interfere with the daily activities of the affected person. He / she starts depending on someone who cares for his / her needs, normally a relative. The active role of the family is essential for the treatment, rehabilitation and reintegration of the relative who suffers with schizophrenia. However; the role of taking care of a person who suffers with schizophrenia is really challenging and tiring. So the person who takes care of the ill person informally also needs nursing care to stimulate his / her welfare. The goal of this work is to describe the experience of taking care of the person who has schizophrenia from the point of view of the person who takes care. It is a descriptive exploratory study of qualitative nature. The participants of the study are 8 people who take care of people who are sick with schizophrenia. The methodology used to get these information was a semi-structured interview. The results show that the cares with the people who take care of the ones who have schizophrenia is a Utopia that urge to become reality. In fact, the results show that the ones who take care receive little or no instruction from the health professionals to improve their ability to care for the ones who have schizophrenia. The results also show that the people who take care face several difficulties when taking care. Among them physical, emotional and economical overcharge. From the results one can figure out that despite facing several difficulties the people who take care of the sick are abandoned to their own luck, but they still taking care of the sick with affection. The results suggest the importance of essential nursing in a multi-subject team to develop preventive and active actions in favour of the ones who take care of the person who is sick with schizophrenia, in order to better his / her life quality as well as reduce the consequences that overcharge provokes when taking care of the sick one. Finally, it is expected that this work can be a tool that sensitize the nurses about the importance to include the people who take care of sick people with schizophrenia informally in the plan of taking care of the ones with schizophrenia, and also it is expected that this work works as a motivation for new research in this field of study and also works as a research material for future studies.

**Key words:** nursing cares, care taker, schizophrenia.

## **Lista de siglas/abreviaturas**

ABRE	Associação Brasileira de Familiares, Amigos e portadores de Esquizofrenia
CD	Caraterísticas Definidoras
D	Definição
EC	Ensino Clínico
Enf	Enfermeiro
EpS	Educação para a Saúde
FR	Fatores Relacionados
HBS	Hospital Baptista de Sousa
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NHF	Necessidades Humanas Fundamentais
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
CADM	Centro de Acolhimento Doente Mental
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

## ÍNDICE GERAL

Introdução .....	11
Problemática e justificativa do estudo .....	13
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1. 1. Perspetiva Histórica da Enfermagem .....	19
1.2. Enfermagem Psiquiátrica .....	20
1.3. Esquizofrenia .....	21
1.3.1. Sinais e Sintomas .....	22
1.3.2. Tipos de esquizofrenia .....	25
1.3.3. Etiologia .....	25
1.3.4. Incidência e Prevalência.....	26
1.3.5. Diagnóstico da esquizofrenia .....	27
1.3.6. Prevenção .....	28
1.3.7. Intervenções terapêuticas na esquizofrenia .....	28
1.4. Envolvimento da família no processo de recuperação da pessoa com esquizofrenia.....	30
1.4.1. Impacto da esquizofrenia sobre a família .....	31
1.4.2. Esquizofrenia – estigma e preconceito .....	33
1.5. Sobrecarga do cuidador da pessoa com esquizofrenia.....	34
1.5.1. Cuidados de enfermagem ao cuidador da pessoa com esquizofrenia .....	35
1.5.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem .....	36
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA.....	43
2.1. Tipo de estudo.....	44
2.2. Instrumentos de recolha de informações .....	44
2.3. Participantes do estudo .....	45
2.4. Descrição do campo empírico.....	48
2.5. Procedimentos éticos e metodológicos .....	49
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA .....	51



3.1. Apresentação e interpretação de informações.....	52
3.2. Discussão dos resultados .....	61
Considerações Finais .....	63
Propostas / Sugestões .....	65
Referências Bibliográficas.....	66
Apêndices .....	71
Anexo .....	78

## **Índice de Quadros**

Quadro 1. Casos de esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria do HBS .....	14
Quadro 2. Sinais e sintomas da esquizofrenia: Positivos e Negativos.....	24
Quadro 3. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.....	38
Quadro 4. Identificação dos participantes do estudo .....	46

## **Introdução**

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Mindelo. A elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso tem como finalidade desenvolver no estudante competências de investigação científica de modo que complemente os requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

O estudo tem como tema “Cuidados de Enfermagem aos cuidadores da pessoa com esquizofrenia”. A esquizofrenia é uma perturbação mental grave clinicamente significativa porque a complexidade dos sintomas causam sofrimento e défice funcional no indivíduo. Mas o sofrimento é extensível à família que mais de perto convive com a pessoa com esquizofrenia.

A assistência em saúde mental e psiquiátrica do Hospital Baptista de Sousa tem mostrado uma frágil interação entre o serviço e os familiares ou responsáveis pelo cuidado da pessoa com esquizofrenia.

Aos responsáveis pelo cuidado da pessoa com esquizofrenia cabem garantir as suas necessidades básicas, dar a medicação, coordenar suas atividades diárias, acompanhar aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social, suportar seus gastos, e superar as dificuldades destas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar.

Ao se verem nesta posição de cuidador, sofrem mudanças significativas em suas vidas, refletindo em vários aspetos do estilo de vida.

O estudo da esquizofrenia tem sido bastante debatido principalmente porque as causas da doença ainda continuam obscuras. Porém, em trabalhos académicos quase não se tem tratado a questão de cuidar dos cuidadores que prestam cuidados às pessoas com esquizofrenia, seus sentimentos, preocupações, dificuldades frente ao adoecimento e esforços para ajudar e buscar ajuda.

O interesse pelo tema emerge com o deparar de situações das famílias que têm a seu cargo um ente querido portador de esquizofrenia, pois vivenciam inúmeras dificuldades em virtude da falta de orientação e de apoio necessários para o desempenho

do papel de cuidador. Ademais, verificou-se que o número de pessoas portadoras de esquizofrenia tem vindo a aumentar e, conseqüentemente, o número de cuidadores e potenciais pessoas nessa situação. Daí, entende-se que estudos sob esta temática são importantes recursos para a qualificação da assistência e auxílio ao cuidado em saúde mental.

Assim, considera-se que o desenvolvimento deste trabalho reveste-se de grande importância, uma vez que considera o tema pouco explorado no campo da saúde e conseqüentemente existe uma falta de estratégias no sentido de promover o bem-estar do cuidador da pessoa com esquizofrénica no seu contexto de relações.

A nível pessoal o presente estudo trará ganhos no que toca a aumento dos conhecimentos nesta área e espera-se que sirva de motivação e interesse para o desenvolvimento de novas investigações. Espera-se ainda que o documento seja proveitoso para a prática de enfermagem na medida em que se pretende contribuir para reunir um conjunto de intervenções e esforços direcionados ao cuidador da pessoa com esquizofrenia.

No que toca à estrutura do trabalho é de referir que este encontra-se organizado em três capítulos. Antes de ingressar no primeiro capítulo fez-se a justificativa e a problemática do estudo em causa. No primeiro capítulo encontra-se delineado o enquadramento teórico, onde se faz a explanação e apresentação dos conceitos básicos ao redor do tema. O segundo capítulo aborda a fase metodológica, onde é definido o tipo de estudo, instrumentos de recolha de informações, participantes do estudo, descrição do campo empírico e por último os procedimentos metodológicos. No terceiro e último capítulo encontra-se a fase empírica dando ênfase a apresentação, análise e interpretação dos dados, a discussão dos resultados, as considerações finais e as propostas. Finalmente, o trabalho termina com a apresentação das referências bibliográficas, dos apêndices e dos anexos.

O presente trabalho foi redigido e formatado conforme as normas da redação e formatação do trabalho científico propostas pela Universidade do Mindelo.

## **Problemática e justificativa do estudo**

Cuidar de alguém doente exige responsabilidades acrescidas por parte do cuidador. O prestador de cuidados, por muito boa vontade que possa ter, precisa ter consciência das suas limitações e procurar apoio no sentido de contornar as limitações inerentes à tarefa de cuidar. Pois, é possível que, tomada pelas dificuldades e pelo cansaço acabe por não conseguir prestar os cuidados de que a pessoa carece.

Ter uma pessoa portadora de esquizofrenia a seu cargo é uma tarefa desafiante para quem cuida, mesmo quando esse cuidador é um familiar, pois sabe-se que o cuidador encara dificuldades que põe em causa o seu próprio bem-estar.

Considera-se que cuidar de uma pessoa portadora de esquizofrenia, é uma sobrecarga bastante significativa, em que a pessoa normalmente é estigmatizada pela sociedade o que acaba por repercutir não só na vida da pessoa doente mas também na dinâmica familiar, marcada por alterações na rotina e nos planos de vida do cuidador.

Do ponto de vista do investigador as famílias passam por momentos de tensão e de angústia aquando do aparecimento de uma doença mental num ente querido, em que se constata uma série de limitações, medos e inseguranças no seio familiar. Pelo que, a família ao deparar com essa nova situação, tem de procurar adaptar-se ao novo contexto de forma positiva de modo que haja uma recuperação do doente e sobretudo para que obtenha uma boa qualidade de vida de todo o grupo.

O sofrimento emocional da família diante de um ente querido portador de transtorno mental, levanta uma certa inquietação e ao mesmo tempo a necessidade de intervir e de agir no sentido de ajudar o cuidador/família a diminuir a sobrecarga inerente ao cuidar.

Tendo em conta que que essa patologia afeta muitas famílias/cuidadores daí a necessidade de prestar cuidados as mesmas e aos cuidadores. Entende-se assim que os cuidadores precisam de apoio, de orientação e de cuidados para que possam cuidar de forma plena.

Atendendo aos princípios da humanização é fundamental lançar um olhar sobre o cuidador e às suas próprias dificuldades e necessidades, pois só assim poderá estar em condições de prestar os cuidados desejados e de que o paciente carece.

Pois, cuidar implica uma atenção ao *self*. Ou seja, o cuidador, antes de cuidar dos outros, necessita estar atento ao seu estado interno, cuidando de si antes de cuidar dos outros (Vieira, Alves e Kamada, 2007, p. 19). Sendo assim, é conveniente que se tenha uma atenção direcionada ao cuidador e vê-lo como um ser a ser cuidado., possibilitando assim uma melhoria da sua qualidade de vida.

A esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves e mais importantes, devido ao elevado número de pessoas afetadas, encontrando-se identificadas, praticamente em todo o mundo, e atingindo todas as classes sociais e raças. A incidência anual de esquizofrenia varia de país para país, consoante os grupos migratórios, rondando os 15 por cada 100 000 habitantes. A prevalência ronda os 4,5 por cada 1000 habitantes e o risco de desenvolver a doença ao longo da vida é cerca de 0,7% (Tandon et al., cit por Afonso, 2010, p. 19).

Segundo Lima (1997, s/p), “a esquizofrenia afeta cerca de 1% da população, e defende que os pacientes apresentam um custo crónico e limitante, expressando num dos transtornos mentais de mais elevado custo”.

Ainda em relação a esta problemática, quase cerca de 0,7% à 1,0% da população mundial é afetada pela esquizofrenia, sem levar em conta aqueles que fazem parte do mais largo fantasma da esquizofrenia e aos que são afetados indiretamente por essa perturbação (Associação de Promoção da Saúde Mental, A PONTE, 2014, p. 10).

Considera-se a esquizofrenia uma doença mental crónica, que se manifesta na adolescência ou no início da idade adulta. Sua frequência na população em geral é de ordem de 1 para cada 100 pessoas e no Brasil, estima-se que haja cerca de 1,6 milhões de esquizofrénicos (Corrêa, 2009, S/p).

A esquizofrenia representa a razão principal de internamentos no Brasil, em que nos hospitais gerais, grande parte dos leitos psiquiátricos de atenção integral são ocupados por pacientes que apresentam o diagnóstico de esquizofrenia (...). Sua prevalência atual é de aproximadamente 1% acometendo principalmente adultos jovens. A incidência anual varia de 0,5 a 5 a cada 10.000 pessoas e a idade mais frequente do aparecimento do primeiro surto varia entre 15 a 20 anos em homens e 20 a 25 em mulheres (Lima, Garcia e Toledo, 2013, p. 4326).

Sabe-se que a esquizofrenia é uma patologia que afeta uma boa parcela da população em Cabo Verde, no entanto, não há dados recentes disponíveis que retratam a situação epidemiológica desta patologia a nível nacional (PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2012, p. 77).

Ainda assim, constata-se que a partir de dados do Ministério de Saúde (2012), a esquizofrenia e os transtornos delirantes são a maior causa de internamento no serviço de psiquiatria do HBS, sendo que em 2009 foram registados oitenta e quatro (84) casos, em 2010 sessenta e quatro (64) e em 2011 o número de casos manteve (Ministério de Saúde, 2012, p.54).

**Quadro 1.** Casos de esquizofrenia internados no Serviço de Psiquiatria do HBS

	Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do HBS	
Ano	Internados (frequência)	Internados (%)
2012	17	15.6%
2013	24	18.2%
2014	55	25.8%
2015	52	33.5%

**Fonte:** Elaboração Própria; Estatística do HBS (2016)

Conforme os dados estatísticos do HBS, no ano de 2012 foram internados dezassete (17) utentes com diagnóstico de esquizofrenia no serviço de psiquiatria e saúde mental, o que corresponde a 15.6%, sendo o ano em que se registou um menor número de internamentos. Desde então houve um aumento considerável até ao ano de 2014, sofrendo no ano seguinte uma ligeira diminuição, passando de cinquenta e cinco (55) casos de internamento o que equivale 25.8% para cinquenta e dois o que condiz a 33.5%.

Segundo dados do Centro de Acolhimento Doentes Mentais de São Vicente (CADM), neste momento, encontra-se residido no centro vinte e nove (29) utentes com diagnóstico de esquizofrenia, dos quais vinte (20) são do sexo masculino e os restantes nove (9) do sexo feminino.

O interesse por estudar o tema surgiu enquanto estudante de enfermagem, futuro profissional de saúde e membro da sociedade, preocupada com os males que tendem a assolar a sociedade e sobretudo as famílias. A motivação individual em debruçar sobre esta questão aparece com o interesse em aprofundar mais os conhecimentos sobre o mesmo, visto ser um tema que suscitou interesse do investigador aquando do Ensino Clínico (EC) e também por ser um assunto ainda pouco priorizado no seio da comunidade científica.

Sendo assim considera-se pertinente a realização do estudo, que visa aprofundar o conhecimento do tema, permitindo dar respostas às necessidades dos cuidadores informais de pessoas com esquizofrenia.

O referido estudo também pode ser um precioso auxiliar tanto para os estudantes que se interessam pelo tema como para o enfermeiro que pretende cuidar para além da doença, e, portanto, incluir o cuidador da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia no processo de cuidar.

No campo clínico experiencia-se e vivencia-se uma multiplicidade de situações marcantes, uma delas é o relacionamento com pessoas doentes, bem como os seus familiares e amigos que quase sempre acabam por revelar a sua preocupação com o seu familiar doente, sobretudo quando vai receber alta hospitalar em que se sentem incapacitados para lidar com tal situação considerada de sobrecarga, sobretudo emocional.

As constatações feitas na prática clínica e na literatura deixam entender que poucas ou nulas são as ações dos enfermeiros em prol do cuidado aos cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Portanto, faz sentido problematizar o tema de modo a trazer à consciência dos que trabalham em saúde mental, e não só, a importância de cuidar de quem cuida.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral descrever a experiência de cuidar da pessoa com esquizofrenia sob o ponto de vista do cuidador.

A partir deste objetivo geral, definiu-se os seguintes objetivos específicos:



- Examinar as percepções e representações dos cuidadores da pessoa com esquizofrenia sobre a doença e o cuidar.
- Examinar as preocupações, os sentimentos e as dificuldades dos cuidadores frente ao adoecimento e esforços para ajudar.
- Identificar as fragilidades ligadas à saúde experienciadas pelos cuidadores da pessoa com esquizofrenia.
- Explorar a existência de intervenções de enfermagem facilitadoras do desenvolvimento da resiliência dos cuidadores.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Este capítulo tem como objetivo apresentar conceitos e tópicos mais importantes e pertinentes relacionados com o tema em estudo. Ainda, é um capítulo que visa sobretudo conhecer o fenómeno social abordado e onde o leitor se integra do tema e passa a conhecer melhor a problemática da investigação.

Sendo assim, feito a recolha e seleção de informações necessárias cabe ao investigador delinear os conceitos chave para o desenvolvimento da pesquisa e que servirão também de fio condutor da mesma,

Cuidados de enfermagem, cuidador e esquizofrenia são os conceitos exibidos neste capítulo, pois são considerados indispensáveis e é através deles que se vai desenrolar toda a investigação.

## **1. 1. Perspetiva Histórica da Enfermagem**

Não se pode falar da história da enfermagem sem se pronunciar Florence Nightingale que se tornou uma grande referência da enfermagem enquanto profissão. Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, obtendo projecção maior a partir de sua participação como voluntária na Guerra da Crimeia, em 1854 (Costa, Padilha, Amante, Costa, e Bock, 2009, p. 662).

Conforme Costa e colaboradores (2009, p. 665), “Florence Nightingale teve importante participação na construção do ensino de enfermagem, através de seus saberes e práticas relacionadas à profissão” e que a partir de então a enfermagem começou a ser vista de maneira diferente.

Sendo assim, considera-se que a enfermagem profissional moderna surgiu no contexto de emergência do sistema capitalista europeu, particularmente na Inglaterra, subseguindo à decadência dos sistemas monástico-caritativos de assistência à saúde das populações, que ocorreu entre os séculos XVI a XIX (Oliveira e Alessi, 2003, p. 334).

Reconhece-se que foi só ao final do século XX, quando se observou um despertar da enfermagem para a necessidade de buscar um equilíbrio entre a competência técnico-científica e a capacidade de crítica social e autocrítica profissional que a pesquisa em História da Enfermagem começou a ganhar impulso (Barreira e Baptista, 2003, p. 702).

Pois, a Enfermagem é uma profissão que ao longo do tempo vem desconstruindo e construindo sua história, libertando-se de antigos paradigmas e introduzindo outros mais coerentes com a sua compreensão de enfermagem como ideia, como corpo político-social e como formadora de opiniões (Padilha e Borenstein, 2006, p. 534).

Portanto, a enfermagem enquanto profissão da saúde, no decorrer da sua evolução histórica tem sido utilizada como instrumento na formação de uma identidade profissional, pelo que Costa e colaboradores (2009, p. 662) afirmam que “a sua relação com a sociedade é permeada pelos conceitos, preconceitos e estereótipos que se estabeleceram na sua trajetória histórica e que influenciam até hoje a compreensão de seu significado enquanto profissão da saúde composta de gente que cuida de gente”.

Mediante as afirmações acima expostas pode-se afirmar que a enfermagem como a entendemos hoje, tem como objetivo promover a saúde, prevenir a doença e cuidar dos utentes, exigindo ao enfermeiro conhecimentos técnico-científicos para atender o indivíduo, família e comunidade (Meixedo, 2013, p. 37).

Neste sentido, Meixedo (2013, p.37) realça ainda que “por isso, é fundamental que o enfermeiro enquanto indivíduo único se consiga definir a si próprio quer como pessoa quer como profissional, para atingir a qualidade nos cuidados que presta”.

Diante desta abordagem é de declarar que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Horta cit. por Pires, 2007, p. 26).

## **1.2. Enfermagem Psiquiátrica**

Segundo Howk (2004, p. 423), “a Hildegard Peplau é considerada a fundadora da enfermagem psiquiátrica; contudo, os seus contributos para a profissionalização da enfermagem transcendem a sua especialização em enfermagem psiquiátrica”.

A sua teoria sustentava que o doente era considerado o objeto da ação de enfermagem e as enfermeiras deviam agir para ou pelo doente. O trabalho de Peplau mudou para sempre o carácter da enfermagem ao concetualizar o doente como parceiro no processo de enfermagem (Howk, 2004, p. 424).

Os cuidados a pessoas com perturbações mentais e comportamentais refletiram sempre os valores sociais predominantes em relação à percepção social dessas doenças. Ao longo dos séculos, os portadores de perturbações mentais e comportamentais foram tratados de diferentes maneiras (Direcção-Geral da Saúde, 2002, p. 95).

Constata-se na literatura que o enfermeiro da área psiquiátrica tem vindo a trabalhar no sentido de melhorar a assistência à pessoa doente mental. Portanto, a prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição (Giacon e Galera, 2006, p. 290).

Deste modo, as funções do enfermeiro estão focadas na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental (Villela e Scatena, 2004, p. 739).

Diante disto, é pertinente abordar a questão da relação entre o enfermeiro e o doente esquizofrénico. De acordo com Gomes (2007, p. 173), “quem lida com doentes mentais, (...) necessita, de aprender a conhecer-se, a analisar as suas relações com as outras pessoas e a trabalhar constantemente para melhorar a sua compreensão da conduta humana e a maneira de tratar os pacientes”.

Além disso, “para que o técnico torne o seu relacionamento perfeito com os demais, é necessário que ele saiba conhecer e entender-se a si mesmo” (Gomes, 2007, p. 172). A base de um relacionamento proveitoso deve implicar também que os dois se entendam e se conheçam bem. E ainda a relação profissional tem uma orientação terapêutica e planeia-se depois de examinar com cuidado as necessidades do doente e a capacidade terapêutica do profissional (Gomes, 2007, p. 176).

### **1.3. Esquizofrenia**

O histórico conceitual da esquizofrenia data do final do século XIX e da descrição da demência precoce por Emil Kraepelin. Outro cientista que teve importante influência sobre o conceito actual de esquizofrenia foi Eugen Bleuler. Kraepelin (1856-

1926) estabeleceu uma classificação de transtornos mentais que se baseava no modelo médico (Silva, 2006, p. 263).

Silva (2006, p.264) afirma ainda que “Bleuler (1857-1939) criou o termo “esquizofrenia” (*esquizo* = divisão, *phrenia* = mente que substituiu o termo demência precoce na literatura”.

A esquizofrenia foi inicialmente descrita como doença no final do século XIX pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin. Kraepelin chamou a esquizofrenia inicialmente de demência precoce, pelo fato de ela acometer pessoas jovens, a maioria na adolescência ou início da idade adulta, e evoluir cronicamente e com degeneração do comportamento (Palmeira, Geraldês e Bezerra, 2013, p. 49).

Mas, no início do século XX, o psiquiatra suíço Eugen Bleuler propôs o termo esquizofrenia. Ele escolheu o termo, que em grego significa "mente cindida", pois acreditava que a alteração fundamental da esquizofrenia estava na incapacidade de os pacientes associarem seus pensamentos e suas emoções, dando a impressão de uma personalidade fragmentada, contraditória e desestruturada (Palmeira, et al, 2013, p. 49).

Gomes (2007, p. 93) definiu esquizofrenia como “um grupo de desordens que manifesta por distúrbios característicos do pensamento, humor e comportamento”.

Porém, os distúrbios de pensamento são caracterizados por alteração da formação de conceitos que pode levar a falsas interpretações da realidade e, às vezes, ideias delirantes e alucinações, que com frequência parecem ser psicologicamente auto protetores. As mudanças do humor incluem ambivalência, respostas emocionais inadequadas e perda da empatia com os outros. O comportamento pode ser de isolamento, regressivo ou bizarro (Gomes, 2007, p. 93).

### **1.3.1. Sinais e Sintomas**

A esquizofrenia é uma patologia psiquiátrica que pelos seus sintomas provoca sofrimentos consideráveis nos pacientes acometidos.

O delírio e as alucinações são dois sintomas psicóticos típicos da esquizofrenia. O delírio define-se por uma crença absoluta e inabalável do sujeito na «realidade» de conteúdos de pensamento imaginários, crença que ele não partilha com os outros. As ideias delirantes mais frequentes são as de perseguição, em que o sujeito está

convencido de que as personagens - reais ou não - o perseguem com a sua malevolência e conspiram contra ele (Georgieff, 1995, p. 16).

Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, fluência e produção de pensamento e do discurso, capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção (DSM-IV-TR, 2002, p. 299).

A esquizofrenia abarca várias combinações possíveis de sintomas e pode diversificar de país para país (A PONTE, 2014, p.10). Há situações, em que a patologia inicia com uma “psicose precoce” ou uma fase “prodrómica”, e as características-chave que a descrevem incluem: distúrbio de sono, distúrbio de apetite, sentimentos que parecem embotados ou incongruentes aos outros, discurso difícil de se acompanhar, marcada preocupação por ideias incomuns, ideias de referência - pensar que coisas não relacionadas têm significado especial, ex.: pensar que pessoas na televisão estão a falar diretamente para elas, persistentes sentimentos de irrealidade, mudanças na forma que as coisas aparecem, soam ou cheiram (A PONTE, 2014, p. 11).

Por sua vez, Gomes (2007, p.95-98) divide os sintomas em duas categorias “sintomas fundamentais: distúrbio da associação, autismo, afetividade incongruente, ambivalência; e sintomas acessórios: alucinações, delírios, ilusões, ideias de referência, despersonalização, negativismo, automatismo, ecolalia, ecopraxia, maneirismo, estereotipias, impulsividade, torpor”.

A PONTE (2014, p.11) postula que “algumas pessoas podem apresentar os sintomas já mencionados e nunca apresentarem esquizofrenia, enquanto que outras podem desenvolver a patologia e não apresentarem sinais de fase prodrómica, sendo que assim fica difícil recorrer a um tratamento precoce”.

Ainda no que tange aos sintomas da esquizofrenia, estes são categorizados em sintomas positivos, negativos e cognitivos (A PONTE, 2014, p.13-14).

**Quadro 2.** Sinais e Sintomas da esquizofrenia: Positivos e Negativos

Positivos	Negativos
<u>Conteúdo do Pensamento</u> Delírios; Religiosidade; Paranóia; Pensamento mágico.	<u>Afeto</u> Afeto inapropriado; Afeto indiferente ou incongruente; Embotamento afetivo.
<u>Forma do Pensamento</u> Frouxidão associativa; Neologismos; Pensamento concreto; Associações por assonância; Salada de palavras; Circunstancialidade; Tangencialidade; Mutismo; Preservação.	<u>Volição</u> Incapacidade de iniciar uma actividade tendo em vista os objetivos; Ambivalência emocional.
<u>Percepção</u> Alucinações; Ilusões	<u>Comprometimento do funcionamento interpessoal e no relacionamento com o mundo exterior</u> Autismo; Aparência deteriorada.
<u>Sentido do Self</u> Ecolalia; Ecopraxia; Identificação e Imitação; Despersonalização	<u>Comportamento Psicomotor</u> Anergia; Flexibilidade cérea; Postura; Andar de um lado para o outro e balançar.
	<u>Caraterísticas Associadas</u> Anedonia; Regressão

**Fonte:** Elaboração própria; Townsend, (2011, p. 517)

Os sintomas cognitivos incluem problemas como prestar atenção, lembrar-se de coisas e concentrar-se. A pessoa pode ser distraída facilmente. Ela pode não ser capaz de ler um livro e de ver um programa de televisão e, frequentemente, pode esquecer coisas (A PONTE, 2014, p. 13-14).



### 1.3.2. Tipos de esquizofrenia

Existe uma discussão acerca da esquizofrenia ser uma única doença com um grupo de várias doenças diferente. Desde o início do século passado, quando Kraepelin e Bleuler descreveram a doença, os principais subtipos da esquizofrenia são a esquizofrenia paranóide, a esquizofrenia hebefrénica (e recentemente chamada de desorganizada) e a esquizofrenia catatónica (Palmeira, Geraldês e Bezerra, 2013, p. 88).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002, p. 313) as categorias de esquizofrenia existentes estão divididas em cinco tipos: tipo paranóide, desorganizado, catatónico, indiferenciado e residual (cf. Anexo I).

### 1.3.3. Etiologia

A literatura revela que a esquizofrenia é uma patologia crónica etiológicamente multifatorial, estando relacionada com diversos fatores de risco.

Por exemplo, Gomes (2007, p. 94-95) sugere que “na origem da esquizofrenia estejam diversos fatores de risco, desde orgânicos (predisposição genética e fatores bioquímicos) até a fatores psicossociais (conflito intrapsíquico, defeitos no relacionamento da díade mãe-criança e/ ou da díade pai-criança, comunicação ontológica, interações familiares patológicas) ”.

A corroborar a ideia acima referida, Amaro (2005, p. 315) explica que a esquizofrenia seja, provavelmente, o resultado de uma vulnerabilidade multifatorial, de natureza biológica, psicológica e ambiental, em conjugação com factores stressantes cuja combinação e peso específico se tem procurado determinar.

Inúmeros estudos e pesquisas têm vindo a demonstrar a influência do património hereditário sobre a esquizofrenia, baseados no fato desta ter maior probabilidade de ocorrer em indivíduos com parentes com esta perturbação mental.

Segundo Amaro (2005, p. 97), uma das primeiras teorias explicativas da esquizofrenia, baseou-se nos dados fornecidos pela genética os quais sugerem que à semelhança de outras doenças, a esquizofrenia seria uma doença hereditária, faltando apenas identificar o gene ou os genes responsáveis pela perturbação.

Segundo o mesmo, acontecimentos que provocam elevado *stress*, como perda do emprego ou de um familiar próximo, casos relacionados com a frustração amorosa, casos de conflitos com o cônjuge, sogra e outros familiares posam predispor para o aparecimento e/ou desenvolvimento da esquizofrenia (Amaro, 2005, p. 364-365).

Outros autores sugerem que as primeiras abordagens teóricas sobre o envolvimento da família na origem da esquizofrenia foram centralizadas na relação do binómio mãe-filho, uma vez que este elemento era considerado o mais importante no processo de socialização da criança. As várias observações clínicas dessa relação acabaram por revelar a existência de um número elevado de casos em que as mães dos doentes com esquizofrenia tinham em comum o fato de serem superprotetoras e dominadoras relativamente aos seus filhos (Afonso, 2010, p. 28).

Por outro lado, o consumo abusivo de substâncias, entre elas o tabaco, álcool e outras drogas ilícitas, está entre os inúmeros fatores socioculturais relacionados com a esquizofrenia.

Conforme Amaro (2005, p. 283) o uso dos mesmos aparece referido principalmente nos casos do sexo masculino, tendo-se registado consumo de drogas em 35% dos casos e o consumo excessivo de álcool em 55%. Estudos realizados por americanos mostram, igualmente, existir uma elevada percentagem de consumo de drogas e de bebidas alcoólicas, por indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia.

O alcoolismo pode ser um complicador da esquizofrenia naqueles pacientes que utilizam bebidas alcoólicas com frequência ou de forma abusiva (Palmeira, et al, 2013, p. 129). Pois, em outro estudo verificou-se consumo de álcool em 48,5% dos casos, e 42,4% no caso do consumo de drogas (Amaro, 2005, p.366).

#### **1.3.4. Incidência e Prevalência**

A comunidade científica tem indicado que a esquizofrenia é uma perturbação psicopatológica grave que começa fundamentalmente perto do fim da adolescência ou no início da idade adulta.

Segundo a A PONTE (2014, p. 10), a esquizofrenia, frequentemente, se desenvolve na adolescência ou início da juventude e afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas em todo o mundo.

No início do milénio, Mari e Leitão (2000, p. 15) indicavam que em cerca de 2 por 3 dos estudos analisados, a prevalência de esquizofrenia ficou entre 0,16% e 0,57%. Os autores ainda relataram taxas de prevalência mais elevadas (próximas a 1%) em estudos realizados na América Latina e no Brasil.

Mais recentemente, Gomes (2007, p. 93) afirmou que as estimativas acerca da incidência mundial variavam de valores ao redor de 0,3% até estimativas mostrando que 1% da população experimentava uma reação esquizofrénica em algum momento de sua vida.

A distribuição da esquizofrenia entre os sexos é bastante semelhante, existindo contudo, diferenças no que respeita à idade de início e da primeira admissão em serviço psiquiátrico, representando os homens 50,8% e as mulheres 49,2% (Amaro, 2005, p. 73-74).

No que tange a idade, os estudos mostram um começo mais cedo nos homens, de cerca de dez anos, situando-se a moda da distribuição nos homens entre os vinte e cinco e os trinta e quatro anos e, nas mulheres, no grupo dos trinta e cinco anos (Amaro, 2005, p.73).

Outros estudos apresentam uma maior incidência entre os quinze e os vinte e quatro anos para os homens e, entre os vinte e cinco e os trinta e quatro anos para as mulheres, mas a tendência para um começo mais cedo entre os homens, mantêm-se (Amaro, 2005, p. 73).

Porém, novas pesquisas estão a sugerir o diagnóstico de esquizofrenia de início tardio (depois dos 40 anos) e muito tardio (depois dos 60 anos) que são clinicamente válidos e úteis (A PONTE, 2014, p. 24).

### **1.3.5. Diagnóstico da esquizofrenia**

Apesar das tentativas em encontrar marcadores biológicos da esquizofrenia, o seu diagnóstico continua a basear-se na observação do comportamento do indivíduo, no relato que este faz da sua situação se estiver em condições de estabelecer uma comunicação consequente, e nas observações feitas pelos familiares transmitidas ao psiquiatra durante a consulta (Amaro, 2005, 349-350).

Assim, o diagnóstico da esquizofrenia continua a ser feito com base na observação de perturbações de funções mentais como a percepção, o pensamento, a expressão dos fatos, bem como as disfunções comportamentais e relacionais nas principais áreas funcionais: o cuidar de si próprio, o relacionamento interpessoal e a capacidade para desempenhar uma profissão (Amaro, 2005, p. 317).

É importante que a avaliação do estado da pessoa doente passe necessariamente por uma equipa multidisciplinar, para que a mesma possa ser avaliada do ponto de vista biopsicossocial. Como afirmam Giacon e Galera (2006, p. 288) “a avaliação e a assistência devem ser feitas por uma equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira com especialização em psiquiatria e assistente social”.

### **1.3.6. Prevenção**

Na saúde mental em geral e na esquizofrenia em particular, a prevenção é vista com enorme ceticismo, uma vez que as ações de prevenção primária exigem um conhecimento das causas da perturbação mental, assunto que ainda é muito controverso. Tem por isso sido defendido por alguns autores, que no estado atual do conhecimento se deveria atuar de preferência na prevenção secundária e terciária (Amaro, 2005, p. 169).

Há, contudo, cada vez maior evidência que mesmo que as estratégias de prevenção não sejam ainda totalmente eficazes para evitar o aparecimento da esquizofrenia, elas contribuem para tornar a perturbação mais benigna devendo, portanto, ser disseminadas e implementadas (Amaro, 2005, p. 169-170).

Deste modo, as ações preventivas da esquizofrenia devem incidir na redução das condições de vulnerabilidade e das situações de *stress*, ou pelo menos, não sendo possível reduzir completamente as situações de *stress*, preparar os indivíduos e as famílias para lidarem de forma mais adequada com essas situações. Assim, as estratégias preventivas podem beneficiar igualmente as famílias na medida em que contribuem para resolver essas necessidades (Amaro, 2005, p. 171-172).

### **1.3.7. Intervenções terapêuticas na esquizofrenia**

O tratamento da esquizofrenia é plurimodal e individualizado, pois recorrem-se a estratégias de tratamento medicamentosas e não medicamentosas, não existindo até aos dias de hoje qualquer tipo de tratamento curativo.

Segundo Palmeira e colaboradores (2013, p. 228) “os medicamentos que tratam a esquizofrenia são chamados de antipsicóticos ou neurolépticos (do grego, *neuron* =

neuro; *lepsis* = apreensão) e actuam bloqueando os receptores de dopamina nos neurónios”.

Segundo A PONTE (2014, p. 29) as primeiras medicações desenvolvidas para o tratamento da esquizofrenia são os chamados antipsicóticos típicos ou convencionais. São exemplos: Clorpromazina, Flufenazina, Flupentixol, Haloperidol, Loxapina, Perfenazina e Tioridazina”.

Mais, recentemente, foi desenvolvido uma “nova geração” de antipsicóticos que, geralmente, produzem menos efeitos secundários. Estes de segunda geração ou atípicos incluem: Amisulpride, Aripiprazol, Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Sertindol e Ziprasidona (A PONTE, 2014, p. 29).

Segundo referem Brischke, Loro, Rosanelli, Cosentino, Gentile e Kolankiewicz (2012, p.662) “antipsicóticos são medicamentos indispensáveis ao tratamento da esquizofrenia na medida em que aliviam os sintomas na fase aguda e previnem novos surtos. Ou seja, propiciem maior índice de estabilização da doença, aumentando as chances de ressocialização dos pacientes”.

Por outras palavras, a medicação contribui para a redução dos sintomas e para criar as condições de reabilitação do indivíduo (Amaro, 2005, p.318).

Do acima exposto, conclui-se que diversos são os fármacos utilizados no tratamento da esquizofrenia. Entende-se, contudo, que as intervenções farmacológicas devam ser específicas para cada caso e consoante o decurso da evolução da esquizofrenia.

Em casos de descompensações graves, o internamento parece funcionar como um importante método de tratamento.

A par do tratamento farmacológico, faz-se necessário o não farmacológico que funciona como coadjuvante do tratamento farmacológico. As intervenções não farmacológicas também são variadas e entende-se que devem estar sempre associadas de forma variável mediante os casos.

Como tratamento não farmacológico salienta-se a psicoterapia, grupos de auto-ajuda, reabilitação vocacional, programas comunitários e apoio de grupo de pares (A PONTE, 2014, p. 28).

Também, a intervenção psicoeducacional tem sido utilizada para atender familiares de pacientes em sofrimento psíquico, de forma a garantir o convívio em

comunidade, evitando recaídas e internações prolongadas (Moreno e Alencastre, 2003, p. 44).

Em suma, o tratamento não se limita à medicação e eventuais internações, mas abrange atuações e métodos que visam a reintegração familiar, social e profissional, (Brischke et al, 2012, p. 663).

A par destas intervenções acrescenta-se os cuidados de enfermagem e releva-se a colaboração entre os familiares/cuidadores e a equipa multidisciplinar engajada no tratamento do caso.

Como dito anteriormente, nenhuma dessas intervenções curam a esquizofrenia. Sendo assim, o intuito final de qualquer intervenção é de controlar os sintomas, garantir a manutenção da autonomia do indivíduo durante o maior tempo possível, de forma a permitir um aumento do nível de qualidade de vida.

Neste sentido, Brischke e colaboradores (2012, p. 662) chamam a atenção para a importância da adesão ao tratamento, ao fato de possibilitar uma vida praticamente normal e na medida do possível independente, de modo que não deva ser interrompida.

Importa salientar que há casos em que, por desconhecer a doença, a família não se apercebe dos sintomas o que tarda a procura do tratamento, com implicações no prognóstico (Giacon e Galera, 2006, p. 288).

#### **1.4. Envolvimento da família no processo de recuperação da pessoa com esquizofrenia**

A recuperação de qualquer doente é importante, por vezes delicada e, requer, para além dos esforços dos serviços e dos profissionais de saúde, também o apoio social e familiar. O envolvimento da família nesse processo é, de fato, de extrema importância. De acordo com Afonso (2010, p. 90), para uma estabilização eficaz dos sintomas, não basta retirar os doentes com esquizofrenia dos serviços psiquiátricos para a comunidade. Faz-se necessário que se lhes dê apoio diferenciado e continuado.

Com efeito, quando a pessoa vai de alta ela precisa ser seguida e acompanhada de perto e é no seio familiar que isso acontece. Deste modo, não se pode separar a doença do contexto familiar. Assim, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação (Navarini e Hirdes, 2008, p.681).

O papel ativo da família é essencial para o tratamento, reabilitação e reinserção social do seu familiar que sofre de esquizofrenia (Ramos, Fonseca e Santos, 2012, p.70-71).

Conforme elucidam Navarini e Hirdes (2008, p. 687) “idealmente o familiar deveria ser um aliado na execução do tratamento proposto, dividindo e construindo colectivamente – usuários, familiares e profissionais – um plano terapêutico, ou seja, o familiar deve ser co-participe do tratamento e da reabilitação”.

Afonso (2010, p.116) aponta algumas áreas as quais a família pode ajudar no controle da doença:

- Evitar o consumo de substâncias como o álcool ou drogas psicoativas;
- Manter um horário de sono regular;
- Informar o psiquiatra assistente sempre que tiver de fazer algum tratamento médico-cirúrgico;
- Aprender a detetar e a pedir ajuda;
- Quando surgem os sinais precoces de recaída, tomar a medicação regularmente;
- Respeitar a medicação prescrita.

#### **1.4.1. Impacto da esquizofrenia sobre a família**

As pesquisas têm evidenciado que a presença de um membro da família que sofra de esquizofrenia altera as atividades rotineiras dos restantes membros da família que têm de redistribuir as tarefas que estavam a cargo do membro afetado pela perturbação mental (Amaro, 2005, p. 163).

Em regra, a atitude da família face ao diagnóstico de esquizofrenia é de recusa e de consternação. A família tenta perceber o porquê do surgimento da doença no seu ente, especialmente se o membro afetado for muito jovem. Esta situação estremece a vivência quotidiana. Fundamentalmente a estrutura familiar, as atividades sociais e a situação financeira são perturbadas, e as necessidades dos membros da família negligenciadas. Por sua vez, o carácter imprevisível da situação gera um aumento de tensão, tornando-se no aspeto mais difícil no convívio com o esquizofrénico (Zanetti e Galera, 2007, p. 390).

As mudanças são claramente visíveis no seio familiar e diante deste cenário as famílias procuram adaptar-se e acomodar-se à nova situação. Tal adaptação nem sempre se processa de forma suave. Como menciona A PONTE (2014, p. 43) ter um membro de família ou amigo com esquizofrenia pode ser altamente desafiante.

O impacto da esquizofrenia sobre a família tem sido comparado ao trauma vivido por vítimas de catástrofes. Isto é, a família do paciente esquizofrénico convive em uma atmosfera comparável à espera da explosão de uma bomba, onde os problemas do quotidiano assumem proporções exageradas e os problemas verdadeiros são suprimidos (Zanetti e Galera, 2007, p. 390).

Quando ocorre o primeiro episódio, geralmente no final da adolescência, a família vive uma situação de *stress* que desorganiza todo o grupo. A vida familiar é interrompida e a trajectória de vida pode ser modificada (Zanetti e Galera, 2007, p. 386).

Porém, o convívio com o portador de transtorno mental impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender (Pereira e Jr. 2003, p. 99).

São frequentes sentimentos de apatia, aflição, espanto, depressão, isolamento, raiva, angústia, devastação, contradição, frustração, incerteza, culpa, tristeza crónica, bem como aceitação e esperança para o futuro durante a convivência com a esquizofrenia (Zanetti e Galera, 2007, p. 386).

Conforme elucidam Ramos, Fonseca e Santos (2012, p. 69) “a patologia individual converte-se em patologia familiar, porque todos sentem a influência negativa do sofrimento. Como tal, a família não é a mesma que antes, durante e depois da doença. Esta situação constitui uma das dificuldades que o doente esquizofrénico sente”.

Segundo a OMS (cit. por Nolasco, 2013, p. 49) “a esquizofrenia é uma doença crónica com consequências importantes em termos financeiros e sociais para o paciente, para a família, para os cuidadores e para a sociedade como um todo”.

Em adição a todos os sentimentos vividos, vem a exclusão por parte da sociedade e como afirmam Ramos, e colaboradores (2012, p. 70) “devido à doença e às suas consequências, a família percebe-se e é percebida de modo diferente pelo ambiente



social. Com frequência, a relação com os outros perturba-se, mesmo que eles se mostrem compreensivos”.

#### **1.4.2. Esquizofrenia – estigma e preconceito**

O estigma e a discriminação em relação a doença mental causam imenso sofrimento no indivíduo e podem desencorajar o doente e a própria família a procurar ajuda. A PONTE (2014, p. 21) evidencia o quão presente está o estigma em volta das pessoas que sofrem de doenças mentais, e releva a necessidade urgente de lutar contra o estigma e o preconceito existente.

Além do sofrimento causado pelas vivências traumáticas ligadas aos transtornos mentais, o estigma associado aos problemas de saúde mental também geram grandes prejuízos à essas pessoas, frequentemente rotuladas de loucas ou perigosas por seu comportamento diferente e muitas vezes socialmente inadequado. Essa atitude, fruto da incompreensão destes males, gera mais sofrimento e aumenta o isolamento por parte de quem sofre desses transtornos (Abre, 2014, p. 12)

Segundo A PONTE (2014, p. 54) o estigma que se traduz em pensamentos e sentimentos negativos para com as pessoas com doenças mentais é um problema mundial que se deve a falta de informações ou tão somente a informações ambíguas.

Acrescenta Arboleda-Flórez (cit. por OMS, 2005, p. 1-2) que existe uma carga oculta de estigma e discriminação a qual os portadores de transtornos mentais estão sujeitos”.

A aceitação da doença por parte da sociedade não tem sido tarefa fácil, visto que, o esquizofrénico é confrontado com preconceitos e estigma fazendo com que ele muitas vezes se isole. A comprovar a ideia a autora, destaca que tanto em países de baixa como de alta renda, a estigmatização de pessoas com transtornos mentais tem persistido ao longo da história, manifestada por estereotipia, medo, assédio, raiva e rejeição. Além disso, eles enfrentam uma recusa injusta de oportunidades de emprego e discriminação no acesso aos serviços, nomeadamente seguro, saúde e políticas habitacionais (Arboleda-Flórez, cit. por OMS, 2005, p. 1-2).

### **1.5. Sobrecarga do cuidador da pessoa com esquizofrenia**

O termo «cuidador» refere-se à pessoa que garante assistência a alguém que, de alguma forma, garantem assistência ao indivíduo dependente (Grilo, 2009, p. 139). Ainda o mesmo autor distingue o cuidador informal do cuidador formal. Tratando-se a primeira de “indivíduos que não auferem qualquer tipo de rendimento financeiro, como os membros da família de um doente, amigos ou vizinhos” e, a segunda de “pessoas contratados e pagas pelos serviços prestados”.

Neste estudo, enfatiza-se o papel do cuidador informal que, conforme Grilo (2009, p. 140) regra geral é um membro da família.

Verifica-se que o cuidador é normalmente alguém com algum grau de parentesco com a pessoa doente e que na maioria das vezes habita no mesmo domicílio.

Ainda, constata-se que os cuidadores são essencialmente adultos com idades superiores a 40 anos e idosos com idades superiores a 60 anos. Em termos de atividade, prevalecem, os cuidadores domésticos ou sem atividade, desempregados, reformados e com baixos rendimentos (Sequeira, 2010, p. 257).

Não obstante os aspectos positivos do cuidar mencionados anteriormente, os efeitos a longo prazo nos cuidadores podem ser devastadores (Grilo, 2009, p. 139).

O cuidar por vezes desencadeia uma sobrecarga a todos os níveis e consequentemente alterações na rotina de vida do cuidador. Vários fatores podem influenciar a sobrecarga dos cuidadores, tais como características dos pacientes, grau de parentesco, frequência de convívio entre cuidadores e pacientes, personalidade dos cuidadores, suporte social, estrutura e adequação dos serviços de saúde (Almeida, Schal, Martins e Modena, 2010, s/p).

A sobrecarga dos cuidadores de pacientes tem sido amplamente debatido, pois sabe-se que cuidar de alguém doente não é tarefa fácil. Assim, Fernandes (2009, p. 46-47) diz que “os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e a prestação direta de cuidados”.

Isso tudo dá lugar a uma sobrecarga que é sentida a todos os níveis desencadeando uma série de sentimentos e mudança na vida dos cuidadores, despontando sintomas como apatia, tristeza crónica, depressão, isolamento e *stress* com

impacto na vida do cuidador (Baptista, Beuter, Girardon-Perlini, Brondani, Budó, Santos, 2012, p. 153)

A literatura aborda dois tipos de sobrecarga. Por um lado está a sobrecarga objectiva que se refere às consequências da alteração da rotina e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos, entre outros. Por outro, a sobrecarga subjetiva que se refere a distúrbios emocionais experienciados pelo cuidador ou às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incómodos gerados pelo fato de ter que cuidar de um paciente esquizofrénico (Almeida, Schal, Martins e Modena, 2010, s/p).

O familiar/cuidador se depara muitas vezes com obstáculos e responsabilidades acrescidos, acabando por se sobrecarregar pelas demandas como acompanhar seus membros adoecidos, cuidar deles e arcar com os encargos económicos, pelo custo com medicações e pela impossibilidade de acesso ao trabalho. É também comum observar familiares se distanciando das atividades sociais e prazerosas (Zanetti e Galera, 2007, p. 386).

Muitas famílias procuram apoio que lhes permitam superar e sobreviver às dificuldades junto dos técnicos de saúde. Por outro lado, parte dos que não o fazem, acabam adoecendo por não conseguir lidar com as crises (Ramos, et al, 2012, p. 70-71).

### **1.5.1. Cuidados de enfermagem ao cuidador da pessoa com esquizofrenia**

Cuidar do bem-estar de um paciente esquizofrénico inclui, também, zelar pelo seu cuidador que necessita ser cuidado de modo a prestar ao doente um cuidado mediante as suas necessidades. Portanto, os prestadores de cuidados também necessitam de cuidados, destes cuidados vitais que não são capazes de prodigalizar aos outros se não puderem restabelecer as suas forças, expressar as suas emoções, as suas preocupações, enriquecer os seus conhecimentos (Colière, 2001, p. 191).

Existe uma certa necessidade de cuidar de quem cuida bem como de orientá-lo para que possa cuidar de si e estar preparado para a função de cuidar. Sendo assim, a educação em saúde oferece caminhos para o cuidador leigo cuidar de si e, a partir disso, cuidar do outro, de acordo com cada cultura e valores. Porém, na maioria dos casos, o cuidador leigo prioriza apenas cuidar daquele que necessita do seu auxílio,

desconsiderando a si como ser, dedicando-se, então, unicamente ao ser cuidado (Souza, Wegner e Gorini, 2007, S/p).

É de extrema importância cuidar de quem cuida, zelar pelo cuidador na sua globalidade, fazendo uma abordagem holística, visto que o cuidador sofre um desgaste físico, mental e emocional que compromete a sua integralidade (Vieira, Alves e Kamada, 2007, p. 19).

Neste sentido, Souza, Wegner e Gorini (2007, s/p) afirmam que “dessa maneira, enfatiza-se a importância do papel do enfermeiro junto aos cuidadores leigos, quer no ambiente hospitalar ou no domiciliar, mesmo que, num primeiro momento, focalizando sua prática na prevenção de agravos, para, posteriormente, ampliar sua ação”.

Ainda, nesse sentido, o enfermeiro pode iniciar dirigindo suas ações na prevenção de complicações e na promoção da saúde dos cuidadores leigos, refletindo, essa prática, na melhoria do cuidado prestado pelo leigo. Ressalta-se a relevância dos programas de apoio dos serviços de saúde, os quais devem oportunizar, aos cuidadores leigos, mecanismos facilitadores para que ocorra suporte multiprofissional, com atendimento médico, fisioterapêutico, e psicológico, entre outros (Souza et al, 2007, S/p).

Acredita-se que a *praxis* do enfermeiro depende efetivamente da educação em saúde como forma de alcançar a independência e a autonomia do ser cuidado. O cuidador leigo é uma parcela que está desassistida pelo sistema de saúde, que não visualiza adequadamente a sua importância na recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos doentes. Porém, para que isso aconteça, primeiramente, necessita-se cuidar de quem cuida e prepará-lo para tal actividade (Souza et al, 2007, S/p).

### **1.5.2. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem**

Os diagnósticos de enfermagem foram determinados de acordo com as necessidades percebidas nos relatos dos cuidadores da pessoa com esquizofrenia por intermédio das entrevistas realizadas. Estes foram baseados no *North American Nursing*

*Diagnosis Association* (NANDA). As intervenções baseadas no *Nursing Intervention Classification* (NIC) estiveram em conformidade com os diagnósticos.

As ligações entre um diagnóstico de enfermagem e as intervenções de enfermagem facilitam a fundamentação diagnosticada e a tomada de decisão clínica pela enfermeira, por meio da identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para a proposição de diagnóstico de enfermagem (Mc. Closkey e Bulecheck, 2004, p. 878)

Afirmam os autores McCloskey e Bulecheck (2004, p. 39) que “NIC é uma classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas pelas enfermeiras. Pois, define-se uma intervenção como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por uma enfermeira para aumentar os resultados obtidos pelo paciente/cliente”.

As intervenções de enfermagem facilitadoras do desenvolvimento da resiliência dos cuidadores são vastas e devem estar enquadradas numa equipa multidisciplinar. Por serem vastas, traçou-se apenas intervenções que se considerou alinhadas com as necessidades apresentadas pelos participantes do estudo

**Quadro 3:** Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

<b>Cuidador</b>		
<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Atividades de Enfermagem</b>
<p><u>Distúrbio no padrão de sono</u></p> <p>D - Estado no qual o indivíduo apresenta alteração no período do sono, causando desconforto ou interferido no estilo de vida desejado.</p> <p>CD - Sono interrompido;</p> <p>Queixa verbal de não sentir-se bem e repousado;</p> <p>FR - Alterações sensoriais internas (doenças, estresse psicológico); e/ou externas (mudanças ambientais, situações sociais).</p>	<p><u>Incremento do sono (1):</u> Facilitação dos ciclos dormir/acordar de forma regular.</p> <p><u>Redução da ansiedade (2):</u> Minimização da apreensão, receio, pressentimento ou desconfortos relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado</p>	<p>(1) - Determinar o padrão do sono do paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar o paciente a estabelecer uma rotina ao deitar de modo a facilitar a transição do estado de alerta do sono;</li> <li>- Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir.</li> </ul> <p>(2) – Esclarecer expectativas do comportamento paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;</li> <li>- Permanecer com o paciente para promover a segurança e reduzir o medo;</li> <li>- Orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento.</li> </ul>

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

<p><u>Interação social prejudicada</u></p> <p>D - Estado no qual o indivíduo participa de relacionamento social em quantidade insuficiente ou excessiva, ou em quantidade ineficaz.</p> <p>CD - Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais; Relato familiar de mudanças no estilo ou padrão de interação.</p> <p>FR - Ausência de pessoas significativas ou grupos significativos disponíveis.</p>	<p><u>Aumento da socialização (1):</u> Facilitação da capacidade de uma pessoa para interagir com outros indivíduos.</p> <p><u>Controlo de comportamento (2):</u> Auxílio a paciente para lidar com comportamento negativo.</p> <p><u>Grupo de apoio (3):</u> Uso de um ambiente de grupo para proporcionar aos seus membros apoio emocional e informações relacionadas a saúde.</p> <p><u>Aumento de auto estima (4):</u> Assistência a paciente para que aumenta o juízo a cerca do valor pessoal.</p>	<p>(1) – Encorajar atividades sociais e comunitárias;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar maior envolvimento em relações já estabelecidas;</li> <li>- Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas.</li> </ul> <p>(2) – Evitar discutir ou barganhar em relação a limites estabelecidos com o paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a atividade física conforme apropriado;</li> <li>-Usar tom de voz suave e baixo;</li> <li>-Ignorar comportamento inadequado.</li> </ul> <p>(3) – Criar uma atmosfera descontraída e de aceitação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar a expressão de ajuda mútua.</li> <li>- Encorajar encaminhamentos adequados a profissionais.</li> </ul> <p>(4) – Encorajar o paciente a identificar seus pontos positivos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar o contato olho no olho na comunicação com os outros;</li> <li>- Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento;</li> <li>- Investigar as razões da culpa ou da autocrítica.</li> </ul>
---	--	--

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

<p><u>Processo familiar alterado</u></p> <p>D - Estado no qual uma família que normalmente funciona, efectivamente apresenta uma disfunção.</p> <p>CD - Sistema familiar incapaz de atender as necessidades emocionais de seus membros; Inabilidade para expressar ou aceitar sentimentos dos membros da família; Falta de envolvimento da família em atividades da comunidade;</p> <p>FR - Situação de transição ou crise.</p>	<p><u>Manutenção do processo familiar (1):</u> Minimização dos efeitos de rompimento de processo familiar.</p> <p><u>Apoio familiar (2):</u> Promoção dos valores, interesses e metas de família.</p> <p><u>Promoção do envolvimento familiar (3):</u> Facilitação da participação dos membros da família no cuidado</p>	<p>(1)- Determinar rotura e identificar os efeitos de mudança nos papéis sobre o processo familiar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar manutenção do contato com os membros da família;</li> <li>- Identificar necessidades de atendimento domiciliar e a forma de incorporá-las ao modo de vida da família e marcar horários que minimizem a rotina familiar.</li> </ul> <p>(2) - Escutar as preocupações, sentimentos e perguntas da família dando respostas e ajudando-os a obter respostas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover relação de confiança com a família;</li> <li>- Apresentar a família a outras famílias que passam por experiências similares;</li> <li>- Cuidar do paciente em substituição aos familiares para oferecer certo alívio a eles, ou quando eles não puderem cuidar do paciente;</li> <li>- Combinar um cuidado contínuo para que os familiares tenham momentos de descanso, quando indicado e desejado.</li> </ul> <p>(3) - Identificar as capacidades e as preferências dos membros da família para o envolvimento nos cuidados ao paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar os recursos físicos, emocionais e</li> </ul>
---	--	--



CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

	físico e emocional do paciente.	educacionais do cuidador principal; - Antecipar, identificar as necessidades da família e facultar informações sobre o familiar doente; - Identificar outros <i>stressores</i> situacionais e sintomas físicos (p. ex., choro, náusea, vômito, falta de atenção) dos membros da família;
<p><u>Défice de lazer</u></p> <p>D - Estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na estimulação, no interesse ou no engajamento em atividades recreativas ou de lazer.</p> <p>CD - Verbalização de tédio.</p> <p>FR - Falta de actividade de lazer no ambiente, durante a hospitalização prolongada, ou em tratamentos longos e frequentes.</p>	<p><u>Terapia recreacional (1):</u> Uso proposital de recreação para promover relaxamento e melhorar habilidades sociais.</p> <p>Melhoria da socialização (2): Facilitação da capacidade de outra pessoa para interagir com os outros.</p>	<p>(1) - Monitorar as capacidades físicas e mentais para participar em atividades recreativas; - Auxiliar o paciente/família no planeamento de atividadesrecreativas; - Monitorar a resposta emocional, física e social à atividade recreativa.</p> <p>(2) – Promover relações com pessoas com interesses e metas comuns; - Encorajar atividades sociais e comunitárias; - Promover o compartilhamento de problemas comuns com os outros; - Promover o envolvimento em interesses novos.</p>
<p><u>Desgaste do papel do cuidador</u></p> <p>D – Estado no qual o indivíduo está em alto risco de apresentar sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de prestação de cuidados a outra pessoa.</p> <p>CD –Ausência de comportamento visando à</p>	<p><u>Apoio ao cuidador (1):</u> Oferecimento de informações necessárias, defesa e apoio para facilitar o cuidado primário ao paciente por pessoa que não seja profissional de saúde.</p>	<p>(1) - Determinar o nível de conhecimento do cuidador e a aceitação do seu papel; -Proporcionar assistência de acompanhamento de saúde ao cuidador; - Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde de modo a manter a sua própria</p>

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

<p>independência;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de pensamento dirigidos ao futuro;</li> </ul> <p>FR – Principais responsabilidades do cuidador de atendimento para a pessoa que exige assistência regular com os autocuidados devido à incapacidade mental;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sem motivação para a pessoa realizar as atividades de autocuidado;</li> <li>- Descanso insuficiente;</li> <li>- Características do cuidador.</li> </ul>	<p><u>Cuidado durante o Repouso (2):</u> Oferecimento de cuidados de curto prazo para proporcionar descanso ao cuidador da família.</p> <p><u>Assistência quanto a recursos financeiros (3):</u> Assistência a indivíduo/família para garantir e controlar os recursos financeiros de modo a atender às necessidades de cuidados de saúde.</p>	<p>saúde física e mental.</p> <p>(2) – Monitorar assistência ao cuidador;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenar voluntários para serviços de casa; Providenciar cuidador substituto;</li> </ul> <p>(3) – Determinar o que o paciente faz no sistema de atendimento de saúde e seu impacto financeiro;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auxiliá-los a identificar necessidades financeiras e determinar as despesas diárias do paciente/família;</li> <li>- Informá-los sobre os recursos disponíveis e ajudá-los a ter acesso a eles (p. ex., programa de auxílio com medicamentos).</li> </ul>
<p><u>Défice de conhecimento</u></p> <p>D - Estado no qual o indivíduo não tem a informação correcta ou completa sobre aspetos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar.</p> <p>CD - Verbalização de problema; Dificuldade de seguir instruções.</p> <p>FR- Falta de experiência prévia; Interpretação errada de informação; Falta de familiaridade com recursos de informação.</p>	<p><u>Ensino no processo de doença (1)</u></p>	<p>(1)- Avaliar o nível atual de conhecimento a determinado processo de doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar o que conhece e sabe da condição;</li> <li>- Reforçar as informações dadas por outros membros da equipa de saúde</li> </ul>

Legenda: D: Definição; CD: Características definidoras; FR: Fatores Relacionados

## **CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA**

## **2.1. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa. A filosofia de pesquisa fenomenológica. É descritivo, pois será feita a descrição da experiência de cuidar da pessoa com esquizofrenia; as preocupações, os sentimentos e as dificuldades dos cuidadores bem como as suas fragilidades e as intervenções de enfermagem, mediante a análise das entrevistas feitas aos cuidadores.

Compreendeu-se que o estudo é exploratório, visto que o tema em questão é pouco abordado na nossa realidade, constituindo assim um desafio pessoal e também na área da enfermagem.

O estudo qualitativo é entendido como sendo o tipo de estudo que mais se adapta ao presente trabalho, visto que o objetivo do investigador é conseguir resultados através do contato de perto com os cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

A abordagem fenomenológica baseia-se em compreender e entender a experiência dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia, e ainda procura recolher dados sobre conhecimentos que os entrevistados possuem em relação ao estudo.

Fortin e colaboradores (2009, p. 29) postulam que a metodologia qualitativa apoia-se na filosofia de pesquisa fenomenológica na base do raciocínio indutivo e o intuito é descrever e entender a essência da experiência tal como é vivida e referida pelas pessoas que a viveram”.

## **2.2. Instrumentos de recolha de informações**

O instrumento de recolha de dados utilizado nesta pesquisa foi a entrevista por se tratar do método mais usado em estudos de natureza qualitativa.

Trata-se especificamente da entrevista semi-estruturada, por se tratar de um recurso que o investigador encontra para obter informações mais detalhadas sobre um determinado tema. Ainda, é através da entrevista que o investigador estabelece uma comunicação mais direta com os entrevistados o que permite explorar, compreender e descrever da melhor forma o que se investiga.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos respectivos cuidadores respeitando todos os princípios éticos. Tiveram a duração média de 25 minutos e ocorreram durante o mês de Junho de 2016.

A participação dos entrevistados foi de extrema importância, pois foi através das mesmas que se reuniu informações consideradas fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. É de salientar que os participantes deram o seu contributo de forma voluntária e mostraram total abertura em falar do problema em estudo.

### **2.3. Participantes do estudo**

Participaram deste estudo oito (8) cuidadores de pessoas com esquizofrenia, sendo sete (7) do sexo feminino e um (1) do sexo masculino. A idade dos participantes varia entre os 39 e 80 anos. São na sua maioria solteiros; uma é viúva e outra casada. Relativamente às habilitações literárias, três (3) dos participantes são analfabetos, três possuem (3) o ensino básico (1ª e 2º classe), e os outros dois (2) com o 2º e 5º Ano de antigamente, respetivamente. Em relação a profissão, os cuidadores não tem qualquer ocupação fora do ambiente doméstico, com exceção de um que é marítimo. Quanto ao grau de parentesco com a pessoa com esquizofrenia que tem a seu cargo, seis são mães, uma é irmã e outro é irmão. Salienta-se que os referidos participantes do estudo habitam o mesmo teto que as pessoas que recebem cuidados.

**Quadro 4.** Identificação dos Participantes do Estudo

Cuidador		Utente	
E. A	Idade: 39A Sexo: F Residência: Fernando Pó GE: 2º Ano Profissão: Domestica Estado Civil: Solteira GP: irmã TC: 1 Ano	U. A	Sexo: M Idade: 48A TD:6 A
E.B	Idade: 72 A Sexo: F Residência: Cidade GE: Ex 5º Ano Profissão: Professora aposentada Estado Civil: Viúva GP: Mãe T. C: Desde inicio da doença	U. B	Sexo: M Idade: 46 A TD: 30 A
E. C	Idade: 47 A Sexo: M Residência: Bela vista GE: 4ª Classe Profissão: Marítimo Estado Civil: Solteiro GP: Irmão TC:18 A	U. C	Sexo: F Idade: 61 T. D:19 A

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO CUIDADOR DA PESSOA COM ESQUIZOFRENIA

E. D	<p>Idade: 56 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>Residência: Ribeirinha</p> <p>GE: Analfabeta</p> <p>Profissão: Domestica</p> <p>Estado Civil: Solteira</p> <p>GP: Mãe</p> <p>TC: Desde início da doença</p>	U. D	<p>Sexo: F</p> <p>Idade: 37 A</p> <p>TD: 19 A</p>
E. E	<p>Idade: 79 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>Residência: Monte Sossego</p> <p>GE: 1ª Classe</p> <p>Profissão: Doméstica</p> <p>Estado Civil: Solteira</p> <p>GP: Mãe</p> <p>TC: Desde inicio da doença</p>	U. E	<p>Sexo: M</p> <p>Idade: 36 A</p> <p>TD: 23 A</p>
E. F	<p>Idade: 54 A</p> <p>Sexo: F</p> <p>Residência: Monte sossego</p> <p>GE: 1ª Classe</p> <p>Profissão: Domestica</p> <p>Estado Civil: Solteira</p> <p>GP: Mãe</p> <p>TC: Desde início da doença</p>	U. F	<p>Sexo: M</p> <p>Idade: 28 A</p> <p>T. D: 7 A</p>

E. G	Idade: 80 A Sexo: F Residência: Espia GE: Analfabeta Profissão: Domestica Estado Civil: Solteira GP: Mãe TC: Desde início da doença	U. G	Sexo: F Idade: 44 TD: 18 A
E. H	Idade: 76 A Sexo: F Residência: Ribeira Bote GE: Analfabeta Profissão: Doméstica Estado Civil: Casada GP: Mãe TC: 17 A	U. H	Sexo: F Idade: 49 A TD: 32 A

**Fonte:** Elaboração própria **Legenda:** E: Entrevistado; U: Utente; F: Feminino; M: Masculino; GE: Grau de Escolaridade; GP: Grau de Parentesco; TC: Tempo que cuida; TD: Tempo de Diagnóstico

## 2.4. Descrição do campo empírico

Considerou-se campo empírico o Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do HBS visto que foi a partir dali que se fez a localização e o contacto das famílias de pessoas com esquizofrenia, assim como os domicílios dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia, onde as entrevistas decorreram. Desta feita, descrever-se-á o referido serviço e apresentar-se-á de forma genérica os referidos domicílios.

### 2.4.1. Descrição do Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do HBS

O Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do HBS é dividido em duas áreas, em que uma delas é destinada à consulta externa, essas consultas têm lugar todos os dias com exceção das quintas-feiras que é dedicado ao grupo dos alcoólicos anónimos, as mesmas são suportadas por dois (2) psiquiatras e três (3) psicólogos. A estrutura física deste espaço é composta por quatro (4) gabinetes, e uma sala de espera sendo uma delas



ocupada pelo enfermeiro chefe do serviço e onde é arquivado os processos dos pacientes.

A outra parte da estrutura física do serviço funciona como sendo enfermaria de crise, possui um enfermeiro chefe, quatro (4) enfermeiros que fazem escala, tendo um em cada turno; quatro (4) serventes dos serviços gerais e uma copeira. Em relação ao espaço este é constituído pelos seguintes compartimentos: dormitórios (2); sendo que cada um possui uma casa de banho e (5) camas; refeitório (1); uma sala destinada aos enfermeiros; uma casa de banho para o pessoal de serviço; quintal (1). As visitas aos pacientes podem ser feitas às sete da manhã ou às dezasseis da tarde.

#### 2.4.2. Descrição dos domicílios

Os cuidadores que fizeram parte do estudo residem em diferentes zonas da ilha de São Vicente (Fernando Pó, Centro da Cidade, Bela Vista, Ribeirinha, Monte Sossego, Espia e Ribeira Bote). Por conseguinte, a presente investigação decorreu em oito domicílios diferentes, pelo que se descrever-se-á em traços gerais apenas algumas características dos diferentes domicílios.

Todos os domicílios estão localizados em áreas de fácil acesso. Apenas um não tem luz e água canalizada. Têm quase todos acessos ao meio de comunicação (telefone). São na sua maioria casas amplas, arejadas e arrumadas mas com muitas pessoas a coabitar no mesmo espaço.

### **2.5. Procedimentos éticos e metodológicos**

Todo e qualquer trabalho de investigação científica deve obrigatoriamente seguir questões de ordem ética. Um dos aspetos éticos respeitado neste estudo foi dirigir-se ao serviço de Saúde Mental e Psiquiatria do referido hospital, considerado como campo empírico neste estudo. Esse procedimento foi feito com o intuito de conseguir a localização e o contato dos familiares que iam fazer parte deste estudo bem como dados estatísticos de casos de internamento no referido serviço.

É de realçar que as informações dos familiares foram fornecidas pelo enfermeiro chefe do serviço no mês de Abril.

Ainda foi necessário elaborar e endereçar um pedido de autorização para recolha de dados à Comissão de Ética do HBS (cf. Apêndice I), tendo sido aprovado em Março de 2016.

Outro procedimento tido em conta foi elaboração de um termo de consentimento livre e esclarecido dirigido aos cuidadores de pessoas com esquizofrenia que participariam do estudo, dispondo informações que permitiram compreender a natureza do estudo e as modalidades de participação.

A presença do investigador no domicílio de cada um dos 8 cuidadores contatados foi marcada pela entrega, leitura e assinatura do consentimento contendo um conjunto de informações acerca da natureza e os objetivos do estudo, assim como a forma como se pretendia efetuar a recolha de dados (cf. Apêndice II).

Para dirigir as entrevistas elaborou-se um guião com perguntas norteadoras e direcionadas aos cuidadores de pessoas com esquizofrenia que constituíram os participantes deste estudo (cf. Apêndice III).

Motivados para participar, deram o seu consentimento para participação. De realçar que três participantes não sabiam ler, por isso, o termo foi lido em alta voz pelo investigador relembrando aos mesmos que as entrevistas seriam gravadas em áudio. É de realçar ainda que um dos participantes não quis ser gravado pelo que se respeitou a sua vontade. Nesse caso as informações fornecidas foram anotadas em papel.

O ambiente a volta das entrevistas nem sempre foi o mais propício por haver interferências de outros membros da família. Por este motivo, em alguns casos o investigador teve que voltar para complementar algumas informações.

Com o intuito de salvaguardar o anonimato dos participantes, foi-lhes atribuído letras de A à H para lhes identificar. Assim sendo, serão identificados como EA, EB...e EH, sendo «E» de «entrevistado».

### **CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA**

### **3.1. Apresentação e interpretação de informações**

Terminada a fase de colheita de dados foi necessário analisá-los com base na análise de conteúdo e de acordo com a metodologia utilizada no estudo, foi feita a transcrição das entrevistas para referida análise. Os dados fornecidos pelos participantes foram tratados com base na análise de conteúdo pois, é a prática mais adequada que possibilita o tratamento de informações recolhidas conforme os discursos dos diversos entrevistados.

Fortin (2009, p.58) refere que na fase de interpretar os dados, o investigador empenha-se em explicar os resultados, apoiando-se nos trabalhos anteriores e na teoria. A interpretação tenta fazer ressaltar a significação dos resultados. Esta fase finaliza com a comunicação dos resultados em conferência, artigos, relatório de investigação”.

De acordo com a análise feita, as entrevistas foram organizadas em 7 categorias (I,II,III,IV,V,VI,VII), que se seguem abaixo.

#### **Categoria I – Representações da esquizofrenia**

Esta categoria descreve as representações da esquizofrenia do ponto de vista dos familiares e cuidadores de pessoas esquizofrénicas, em que estes tentam compreender o que se passa com o seu ente. Os cuidadores atribuem vários significados a esquizofrenia, pois trata-se ainda de uma doença desconhecida por muitos, e isso é percebido nos textos abaixo citados.

E A - *“Não sei o diagnóstico do meu irmão? (...) Não tenho nenhuma noção da doença”*

E B - *“Já ouvi falar muito e tenho uma pequena noção.”*

E C - *“Sobre a sua doença agora é que fiquei a saber, nunca perguntei para saber o que ela tem (...) Desconheço que a minha irmã tem essa doença. (...) A causa dessa doença não sei qual é, (...) Depois de nos ter contado histórias da sua vida pessoal, tudo leva a crer que isso é que esteve na origem da sua doença, os problemas do passado podem ser uma das causas (...).”*

E D - *“Não sei explicar se foi por causa do seu filho que morreu (...). Não tenho nenhuma noção desta doença. (...) Considero que foi por causa da morte do bebé que ela ficou doente (...).”*

EE - *“Não sei qual a doença do meu filho. (...) Acho que é devido as perturbações do pai, a maneira como ele o tratava, acabou por perturbar a sua juventude. Começou a passar por isso depois de passar dois anos na casa do pai. (...) Mas a sua vida foi transtornada pelo pai.”*

E F - *“Não. Nunca doutor me disse nada. Já ouvi falar muito dessa doença, mas não sabia se era esse a sua doença. (...) Doutor já fez todas as análises mas nunca me disse o que é”.*

E G - *“Ficava atrapalhada até saia de casa, gritava, não sei a causa”.*

E H - *“(...) Eu nunca tinha ouvido falar e também não sei o que significa. (...) Não sei o que provocou a sua doença (...).”*

Os relatos dos cuidadores indicam que a esquizofrenia é interpretada de uma forma diferenciada, pois nota-se que não sabem a patologia que afeta o seu ente mostrando o total desconhecimento do mesmo e muitos tentam justificar o aparecimento da doença com as vivências do passado.

O desconhecimento por parte dos cuidadores tem implicações para a saúde do seu ente, pois a falta de conhecimento dos mesmos leva a possíveis complicações à saúde da pessoa afetada. Portanto, as percepções dos cuidadores sobre esquizofrenia precisam ser trabalhadas e que esses precisam ser mais informados, no sentido de cuidar melhor da pessoa doente.

## **Categoria II – Impacto da esquizofrenia sobre a família**

O impacto que a esquizofrenia teve no seio familiar é algo evidente constatado durante as entrevistas, pois os familiares depois que começaram a conviver com a pessoa esquizofrénica em casa as suas vidas mudaram e muito, pois as preocupações e as angústias passaram a fazer parte do seu dia-a-dia.

E A – *“Já não sou como antes, mudei, primeiro fico com medo que ele faça algo contra mim ou mesmo contra o próprio, receio sair de casa e deixá-lo sozinho com o pai e com a minha filha. (...) Tem uma época que ele dorme pouco por isso tenho que ficar muito atenta sobretudo à noite, (...), também guardo todos os objectos que possam ser perigosos. (...) Vejo parte da minha vida posta de lado. Fico todo o tempo em casa como um guarda”.*

E B – *“Houve mudanças drásticas na minha vida, (...) A família ficou desestruturada, o pai deixou de emigrar para o estrangeiro por causa dele, (...).”*

E C - *“ (...) eu não durmo e isso torna um problema para mim que vou trabalhar sem dormir (...) quem cuida também fica um pouco meio balançado. (...) Minha vida não está normal (...) não estou normal. Minha vida esta um pouco descontrolada. Estou mais disposto para ela do que para o meu trabalho, se fosse por mim ficava em casa a cuidar dela, (...).”*

E D – *“ (...) as responsabilidades da casa estão todas a meu cargo (...) ”.*

E E – *“Muitas perturbações apareceram na minha vida.”*

E F – *“Já mudou muito... Muita preocupação, fico mais alerta. (...) Tive de abandonar o trabalho por causa dele (...) mas é uma vida muito triste, (...).”*

E G – *“Não sei de nada só sei que atrapalhou mas não sei de que forma.”*

Constata-se através das entrevistas o quanto é difícil cuidar de uma pessoa portadora de esquizofrenia no seio familiar sem contar que os cuidadores tiveram de

adatar a sua vida segundo a vida do doente e ainda os entrevistados fazem referência a vários constrangimentos por que passam, como dormir pouco e deixar de trabalhar.

O contributo da enfermagem é muito importante nessas situações, pois o enfermeiro pode fazer o acompanhamento da família e do doente no domicílio, aproveitando para fazer a educação para saúde no sentido de minimizar as fragilidades existentes no cuidar e oferecer algum suporte a nível emocional.

### **Categoria III – Dificuldades experimentadas no cuidar**

Nessa categoria, o investigador verificou que os cuidadores constantemente são expostos aos efeitos negativos da esquizofrenia ao cuidar do seu ente, pelo que nos discursos seguintes é possível constatar que eles fazem muito sacrifício no cuidar e consequentemente enfrentam inúmeras dificuldades.

E A - “ (...) *Sinto dificuldades financeiras, (...).*”

E B - “ (...) *Sinto algumas dificuldades nos momentos que ele fica descompensado e agitado. (...)* ”.

E C – “*A experiência é que a pessoa tem que ser tolerante, (...) eu como irmão que cuido dela tenho que ter tolerância. (...) Vejo o sofrimento dela e eu como irmão sofro mais que ela. Enquanto esta a sofrer daquela maneira, eu como irmão e como cuidador sofro porque eu não durmo e isso torna um problema para mim que vou trabalhar sem dormir (...) quem cuida sofre muito mais, (...) Dificuldade por vezes financeira, visto que o meu vencimento é bastante baixo e não dá para muitas coisas, fico limitado*”.

E D - “ (...) *Muito sacrifício. Há muitas dificuldades, mas sempre levei a vida de forma a desenrascar com o que eu tenho*”.

E E- “*Gostaria de ter para fazê-lo (...) tiro de mim para pôr nele porque quero vê-lo bem*”.

E F - “*Sinto que o momento é muito difícil, por vezes penso em desanimar da vida, desanimar mesmo. (...) Principalmente nos dias em que não tenho nada para lhe dar, (...) não tenho nem um café, nem um jantar e nesse dia fica sem tomar os medicamentos e no dia seguinte amanhece já diferente, quando não tenho jantar para lhe dar praticamente não durmo (...). Sinto dificuldade, necessidade, falta de uma*

*alimentação para lhe dar, falta de água para lavar as suas roupas, sinto uma vida muito difícil, (...) Sinto muito desanimada, dificuldade financeira”.*

E G - *“Como sabe a vida de pobreza tem de ir devagar, nem que tenho de fazer dívida faço o possível para levá-la algo para comer no hospital, roupa lavada, tudo. É muito sacrifício, (...) é mais difícil quando ela está no hospital (...)”.*

Consoante o que os intervenientes proferiram pode-se notar que é muito difícil cuidar do seu ente nessas condições, pois são várias as necessidades e dificuldades por que os cuidadores passam.

Mediante a análise de conteúdo averiguou-se que todos os intervenientes do estudo alegam enfrentar dificuldades no cuidar, pois constata-se uma semelhança e complementaridade das respostas obtidas.

Ainda em relação as dificuldades enfrentadas no cuidar, afirma-se que os cuidadores relatam e expressam que enfrentam dificuldades de várias ordens, pois a esquizofrenia é uma patologia que acomete não só a pessoa como também os familiares.

#### **Categoria IV – Respostas emocionais relacionadas ao cuidar**

As respostas emocionais que os cuidadores têm ao cuidar são várias, uma vez que a pessoa que cuida normalmente se encontra vulnerável e essa condição influencia diretamente o estado de saúde da pessoa doente e consequentemente a recuperação do mesmo.

E A *“ (...) fico com medo que ele faça algo contra mim ou mesmo contra o próprio, (...) fico triste. (...) Ingratidão por parte da esposa e filhos (...) um sentimento de revolta bem como o medo de ser agredida quando este fica descompensado.”*

E B – *“ (...) sentimento de tristeza.”*

E C – *“Sinto um pouco de tristeza quando a vejo a chorar, (...) praticamente agora sinto mais triste (...).”*

E. D – *“Fico triste, uma vez que ela não era assim, ela era normal.”*

EE – *“Não sinto bem, sinto triste porque queria que ele vivesse bem (...).”*

E F – *“ (...) fico com medo, dele cometer algo de grave (...) Sinto que o momento é muito difícil, por vezes penso em desanimar da vida, desanimar mesmo. (...) Sinto muito desanimada, (...).”*



E G – “ (...) *Fico muito triste como mãe.*”

E H – “*sinto-me mal.*”

Os achados evidenciam que cuidar desencadeia um conjunto de respostas emocionais nomeadamente medo, desânimo e tristeza, e neste sentido realça-se que o estado emocional das famílias e sobretudo dos cuidadores encontra-se abalado, pois, não possuem um suporte que os possa proporcionar conforto emocional face aos obstáculos no cuidar.

Isso leva o investigador a pensar que é de extrema importância que os cuidadores tenham um acompanhamento de profissionais de saúde como um psicólogo e mesmo de um enfermeiro e, que esse profissional deve ser capaz de fazer um levantamento das reais necessidades e possa atuar convenientemente.

Salienta-se que perante essa questão a resposta foi unânime e isso possibilita dizer que é necessário desenvolver ações junto dos cuidadores que se revelam pessoa um tanto quanto debilitadas e frágeis.

#### **Categoria V – Tarefas inerentes ao cuidar**

Cuidar de alguém doente acarreta consigo várias tarefas e através desta categoria conseguiu-se saber pelos cuidadores quais as tarefas consideradas inerentes ao cuidar da pessoa esquizofrénica.

Os cuidadores mostram que a questão de cuidar do seu ente é uma responsabilidade quase que obrigatória e que esses cuidados passam por acompanhar o doente ao hospital, satisfazer as necessidades como alimentação, cuidar da higiene, controlar a medicação e a segurança.

E A – “*Eu cuido da sua roupa e da alimentação, zelo também para que ele tome banho e não saia à rua e fique andando.*”

E B – “*Todo o tipo de cuidado.*”

E C - “*levo-a ao hospital e certifico de que tomou os remédios, (...).*”

E F – “*Desde sempre eu é que cuido de tudo, (...) De todas as maneiras é o meu filho tenho de cuidar dele, (...).*”

E G – “*Cuido dela, limpeza ou qualquer outra coisa (...) Todo o tipo de cuidado, se tiver falta de comida faço, uma sopa por exemplo, arranjar as suas roupas*

*para levar ao hospital. (...)De todas as formas eu sou mãe tenho que cuidar, caro ou barato não vou achar cansado (...).”*

E H – *“Cuido nela se vai tomar o seu remédio (...).”*

De acordo com esses resultados nota-se um grande engajamento dos cuidadores em relação ao doente, pois, estes consideram que as inúmeras tarefas existentes são inseparáveis ao cuidar e encontram-se presentes diariamente e são satisfeitas de forma incondicional.

Sendo assim pode-se concluir que os cuidadores conseguem dar resposta aos cuidados básicos à pessoa esquizofrénica mesmo com as suas limitações em relação aos fracos recursos.

### **Categoria VI – Sobrecarga experimentada no cuidar e estratégias utilizadas para sua minimização**

A sobrecarga sentida pelos cuidadores bem como as estratégias que adotam para a sua minimização são conhecidas nesta categoria.

Nota-se a unanimidade nas respostas dos entrevistados, ou seja, da análise feita percebe-se que todos os cuidadores queixam-se do cansaço e da sobrecarga, e que tentam no seu dia-a-dia traçar e improvisar algumas estratégias para minimizá-la.

Ainda, não procuram apoio dos serviços sociais ou de saúde, antes preferem apoiar-se num outro familiar, isolar-se, negar o problema ou depositar a esperança em Deus.

E A – *“Sim. Neste momento sinto super carregada, (...) Durante todo esse tempo tenho procurado não stressar e não dar ouvidos a tudo e agora diante de tudo isto tenciono falar com a filha maior (...) para apoiar o pai, (...).”*

E B – *“Principalmente na minha idade, sinto fisicamente cansada. (...) Não tenho usado nenhuma estratégia em especial, sigo a doutrina de Deus e com a fé que eu tenho venço muitas dificuldades e problemas”.*

E C - “ (...) *fico cansado, (...) É difícil e é cansativo, principalmente quando ela está desorganizada. (...) Geralmente nessa situação tento é pensar menos, porque se eu pensar demais fico desorganizado também (...).*”

E D - “*Sinto que as responsabilidades da casa estão todas no meu cargo, isso faz-me sentir cansada pelo que se não as tivesse de certeza sentiria feliz e satisfeita. (...) Venda de grogue (...).*”

EE - “*Sempre tenho coisas para fazer, as crises são passageiras (...).*”

E F - “*É muito cansativo. Sinto-me mais cansada do que antes (...) quero ficar num lugar onde não oiço conversa (...).*”

E G - “ (...) *Sinto mais cansada e é mais difícil quando ela está no hospital que vou todos os dias bem cedo para lavá-la café. (...) Sinto cansada mas tenho que aguentar (...) vejo que o filho que sustenta a casa fica cansado também (...).*”

E H - “*Não acho cansativo porque é minha filha, portanto não sinto cansada, (...) rezo e peço a Deus muito e sinto um pouco aliviada.*”

Entende-se que, o cansaço sentido e expressado pelos cuidadores é encarado de forma positiva, apesar de se revelarem sentir mais cansados do que o habitual e de haver uma certa limitação por parte dos mesmos.

Sendo assim, conclui-se que a sobrecarga física, emocional e socioeconómica do cuidador está associada às suas próprias características sociodemográficas, ou seja, isso deve-se ao fato de os cuidadores serem na sua maioria do sexo feminino e da terceira idade.

## **Categoria VII – Suporte percebido e almejado**

O suporte recebido e desejado para cuidar de uma pessoa com esquizofrenia é manifestada pelos familiares e cuidadores, pois mostram que precisam de ajuda e os relatos dos mesmos a seguir mostram a carência ou mesmo a inexistência de apoios prestados aos cuidadores.

E A - “*Só recebo apoio do meu pai para cuidar dele. Entrei em contacto com o pessoal da saúde no Centro da Ribeirinha a pedir apoio e alguma orientação (...) Pai, financeiro e emocional.*”

E B – *“Só dos filhos. (...) Sim, mas nunca procurei ajuda de ninguém e nem de nenhuma instituição.”*

E C – *“Minha irmã ajuda na alimentação, lava a roupa. Todos ajudam um pouco. (...) Sim, alguns vizinhos e minhas irmãs. (...) Ajudam-na a tomar banho, pentear, etc e a carga é menos, automaticamente estão a retirar-me um pouco da carga (...) Seria bom, por exemplo de um psicólogo, visto que estás com a carga (...).”*

E D – *“Não. Tenho levado tudo isso só com o meu entendimento. (...) Recebo apoio financeiro dos Assuntos Sociais (4900\$00), bem como a minha filha doente. (...) Gostaria muito de receber apoio e cuidados”.*

EE – *“Não tenho.”*

E F – *“Gostaria sim, qualquer ajuda que aparecer (venda, negócio, alimentação, ...).”*

E G – *“Tenho um filho que é professor, ele trabalha para nós, ele ajuda em tudo, mora aqui e é ele que sustenta a casa. (...) Gostaria de receber cuidados mas não sei quais e nem de quem, (...).”*

E H – *“Apoio neste momento eu não tenho, (...), vivemos da minha reforma da Itália (...) Sim, mas não tem ninguém para cuidar de mim.”*

Os resultados apontam que os cuidadores não beneficiem de apoios fora do seio familiar, sendo que os mesmos demonstram o desejo de os receber. Cabe ressaltar, que esses cuidadores necessitam de assistência e suporte dos serviços de saúde e outros órgãos.

Esta situação leva a acreditar que ou os cuidadores não estão devidamente informados e que portanto desconhecem as redes de apoio existentes ou que as existentes são insuficientes.

Ainda permite concluir que os cuidadores apesar de se revelarem fortes e autónomos perante os obstáculos ao cuidar do seu ente, estes precisam ser vistos não como um simples cuidador mas sim como alguém que requer cuidados.

### **3.2. Discussão dos resultados**

O tema exposto no trabalho foi originado pela necessidade de aprofundar mais acerca do problema em causa e também com o intuito de procurar algum apoio e ajuda para os cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Tratando-se de um questão que aflige a sociedade, as famílias e sobretudo os cuidadores de pessoas com esquizofrenia, surge este trabalho com o seguinte objetivo geral: Descrever a experiência de cuidar da pessoa com esquizofrenia sob o ponto de vista do cuidador. Com o propósito de dar seguimento a investigação, foi delineada os seguintes objetivos específicos: (i) Examinar as percepções e representações dos cuidadores da pessoa com esquizofrenia sobre a doença e o cuidar; (ii) Examinar as preocupações, os sentimentos e as dificuldades dos cuidadores frente ao adoecimento e esforços para ajudar e buscar ajuda; (iii) Identificar as fragilidades ligadas à saúde experienciadas pelos cuidadores da pessoa com esquizofrenia; (iv) Identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras do desenvolvimento da resiliência dos cuidadores.

No que se refere ao primeiro objetivo específico da investigação, este foi conseguido, ou seja, as percepções e representações que os cuidadores têm em relação a doença e o cuidar passam pelo desconhecimento da patologia do seu ente, os vários

significados que atribuem à doença e também pela responsabilidade bem como a obrigação que estes possuem em relação a pessoa doente.

Em relação ao segundo objetivo específico do estudo, pode-se afirmar que face ao adoecimento de um ente querido, os cuidadores mostram claramente as suas preocupações, os sentimentos e dificuldades por que passam e que são de diversa ordem, falta de conhecimento sobre a doença, a tristeza de ver a pessoa doente e não poder ajudá-la, dificuldade financeira, necessidade de ajuda de profissionais de saúde/instituições. Constatou-se que essas famílias/cuidadores esforçam muito para cuidar da pessoa com esquizofrenia mediante as suas possibilidades mas não buscam ajuda nem para si e nem para o doente.

No que concerne ao terceiro objetivo da pesquisa, conseguiu-se identificar as fragilidades ligadas à saúde experienciadas pelos intervenientes, ou seja, estes sentem cansados fisicamente além de apresentarem uma mescla de emoções negativas que os deixam vulneráveis psicologicamente.

No que diz respeito ao quarto e último objetivo específico, este foi alcançado, pois confirmou-se que não existe intervenções de enfermagem junto dos cuidadores, ou seja, as informações mostram que os cuidadores não são auxiliados e nem acompanhados por profissionais de saúde, verificando assim que esses profissionais são preparados para atender a pessoa doente, com foco direccionado a patologia.

Confirma-se então a inexistência de intervenções de enfermagem facilitadoras do desenvolvimento da resiliência dos cuidadores, contudo há uma grande vontade expressada pelos cuidadores em receber apoio e cuidados. É importante salientar que os cuidadores, além de prestarem cuidados, também devem ser cuidados.

Verificou-se que os cuidadores da pessoa acometida pela esquizofrenia são pessoas que apesar das suas limitações estão envolvidas e apresentam responsabilidades na prestação de cuidados. Entretanto, eles não estão preparados para cuidar sendo que essa lacuna e falta de apoio podem reflectir nos cuidados prestados por eles ao doente, pondo em causa a qualidade dos mesmos.

No decorrer da investigação deparou-se com alguns aspetos considerados relevantes, uma delas prende-se ao fato de a maioria dos cuidadores da pessoa com

esquizofrenia são do sexo feminino e da terceira idade aparentando certas limitações. Também, notou-se que todos os cuidadores possuem um laço de parentesco com o portador da esquizofrenia e ainda residem no mesmo teto, o que faz com que os cuidados fiquem centrados em um único cuidador familiar.

## **Considerações Finais**

Chegado no final deste estudo, conclui-se que o tema exposto é muito importante e também permitiu adquirir conhecimentos. Este assunto causa alguma preocupação, visto que as famílias e principalmente os cuidadores ao desempenhar a sua função de cuidar estão submetidos a várias situações de riscos, e em consequência disso instala-se a vulnerabilidade física e psíquica.

A enfermagem enquanto profissão direcionada ao cuidado das pessoas deve ter um grande e importante papel junto das famílias e cuidadores de pessoas com esquizofrenia, visto que, é prestando apoio aos cuidadores que se alcança também o bem-estar do doente. Infelizmente pode-se notar alguma fragilidade do ramo no que diz respeito a prestação de cuidados aos cuidadores da pessoa com esquizofrenia.

Através da pesquisa feita e pelos resultados conseguidos concluiu-se que os cuidadores de pessoas com esquizofrenia, não tem uma percepção sobre a doença e o cuidar, pois reconhece-se que existe algumas lacunas, sobretudo no conhecimento sobre a doença, sinais, sintomas e suas causas. Muitos deles reclamam da falta de informação por parte dos profissionais de saúde, portanto, os familiares e cuidadores precisam ser mais informados no sentido de terem um noção sobre a patologia que afeta o seu ente.

As conclusões encontradas apontam que os profissionais de saúde e principalmente os enfermeiros deveriam ser os intermediadores junto dos cuidadores e familiares, sendo o enfermeiro o profissional que reúne melhores condições para tal função. Pois, acredita-se que o enfermeiro é um profissional que presta cuidados próximos a pessoa doente e que o cuidador pode ser envolvido nesses cuidados.

Em resumo, o estudo permitiu compreender e constatar que o bem-estar da pessoa que presta cuidados é de extrema importância, e que o enfermeiro deve ser o centro de atuação necessária para incentivar os cuidadores, pois, as suas vivências e experiências demonstram que é necessário traçar um plano de intervenções no sentido de os dar algum suporte, de modo a salvaguardar a sua própria saúde.

Dessa forma, considera-se que este é um tema na qual a enfermagem pode e deve desenvolver pesquisa, oferecendo à comunidade científica e profissional um lista de problemas e ações de enfermagem e de suas contribuições para melhorar a qualidade de vida do cuidador e a da pessoa esquizofrénica.

Com a experiência obtida durante a realização deste estudo, pode-se afirmar que é importante que o tema abordado seja analisado profundamente, pois é preciso que se adote medidas de atuação e de intervenção às famílias e no caso concreto aos cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Os obstáculos e as dificuldades sentidas ao longo da investigação foram muitas e de diversas ordens, nomeadamente no que se refere as entrevistas, pois, alguns dos entrevistados não percebiam a pergunta e em consequência disso conseguia-se uma resposta indesejada. E ainda, algumas entrevistas tiveram que ser feitas por partes por vários motivos, tais como, a vergonha de falar dos problemas, o choro e a inibição dos participantes.

Uma limitação encontrada esteve relacionada com a inexperiência do investigador, no que refere a pesquisa científica em vários pontos, causando-lhe algumas dificuldades na conceção do mesmo, e que entretanto foram ultrapassadas de modo que se acredita poder contribuir para instrumentalizar os estudantes e profissionais de enfermagem assim como contribuir para o avanço da enfermagem enquanto ciência e profissão.



### **Propostas / Sugestões**

É aqui deixado algumas propostas e sugestões no sentido de futuramente se debruçar sobre o tema e chegar a resultados que possam trazer algo de novo para o campo da saúde mental e psiquiatria e mais concretamente aos familiares e cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

- Apostar na prevenção primária e na promoção da saúde mental com o intuito de orientar e esclarecer a sociedade a cerca da esquizofrenia, ou seja, os enfermeiros devem ter uma postura mais ativa em relação a esse problema;
- Desenvolver ações no sentido de sensibilizar a sociedade para a problemática da esquizofrenia e sobretudo para a sensibilização dos enfermeiros em relação ao tema;
- Traçar planos de intervenções de enfermagem para os cuidadores da pessoa com esquizofrenia e se adote medidas com o intuito de os apoiar e ajudar;

- Desenvolver atividades em que as famílias e o próprio esquizofrénico possam participar, no sentido de os proporcionar momentos de lazer e interação social, tanto reforça a recuperação do doente, bem como ajuda o cuidador a aliviar da sobrecarga;
- Efetuar visitas domiciliárias às famílias e promover ações junto dos cuidadores, diagnosticando as verdadeiras carências e dificuldades e orientá-los no que diz respeito ao cuidar da pessoa esquizofrénica;
- Promover ações a nível universitário sobre o tema como por exemplo debates, educação para a saúde nas comunidades e nos Centros de Saúde;
- Capacitar os futuros enfermeiros com ações formativas periódicas com finalidade de fornecer conhecimentos a cerca dos cuidados de enfermagem que devem ser prestados aos cuidadores da pessoa com esquizofrenia;

## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. M. de, SCHAL, V. T., MARTINS, A. M., MODENA, C. M. (2010). *A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia*. Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul.
- AMARO, F. (2005). *Fatores Sociais e Culturais de Esquizofrenia*. Universidade Técnica de Lisboa; Editor - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa; Execução Gráfica: Guide - Artes Gráficas, Lda.
- AFONSO, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. 1ª Edição, Portugal, Príncípa Editora, Lda.
- *AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION* (2002). *DSM-IV-TR: Guia de referência rápida para os diagnósticos*. Lisboa, Climepsi - Editores.
- ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL – A PONTE (2014). *Aprender sobre Esquizofrenia*. Associação de promoção da Saúde Mental, Praia, Tipografia Santos, Lda.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA (ABRE) 2014. *Guia Prático sobre Psicoses para Profissionais da Atenção Básica*. 1ª Edição, Brasil, Camucada - Colectivo de Ilustração, Design e Conteúdo.
- BAPTISTA, B. O., BEUTER, M., GIRARDON-PERLINI, N. M. O., BRONDANI, C. M., BUDÓ, M. L. D., SANTOS, N. O. (2012). *A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura*. Artigo de revisão. (disponível em) [http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/20048/17011/](http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/20048/17011) em 17/05/2016, 06:32.
- BARREIRA, I. A., BAPTISTA, S. S. (2003). *O movimento da reconsideração do ensino e da pesquisa em história de enfermagem*. Revista Brasileira Enfermagem Brasília 56 (6). (disponível em) [file:///C:/Users/0000/Downloads/v56n6a24.pdf/](file:///C:/Users/0000/Downloads/v56n6a24.pdf) em 20/04/2016,12:19.
- BRISCHKE, C. C. B., LORO, M.M., ROSANELLI, C. L. P., COSENTINO, S. F., GENTILE, C. S., KOLANKIEWICZ, A. C. B. (2012). *Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares*. Cienc. Cuid Saúde; 11(4): 657-664.
- CORRÊA, V. S., (2009). *A fisiopatologia da esquizofrenia*. (disponível em) [http://artigos.netsaber.com.br/resumo\\_artigo\\_72761/artigo\\_sobre\\_a\\_fisiopatologia\\_da\\_esquizofrenia](http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_72761/artigo_sobre_a_fisiopatologia_da_esquizofrenia) em 19/09/2017, 07:37.
- COSTA, R., PADILHA, M. I., AMANTE, L. N., COSTA, E., BOCK, L. F., (2009). *O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo*. Artigo Original. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 18 (4): 661-9. (disponível em) [http://www.ufrgs.br/eenf/arquivoimagens/artigo%20dama%20da%20lampada.pdf/](http://www.ufrgs.br/eenf/arquivoimagens/artigo%20dama%20da%20lampada.pdf) em 04/10/2016, 12:02.
- FERNANDES, J. DE J. B. R. (2009). *Cuidar No Domicílio. A Sobrecarga do Cuidador Familiar*. IV Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- FORTIN, M. F.; COTE, J. e FILLION, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação*. 1ª Edição. Loures, Lusodidacta.

- GEORGIEFF, N. (1995). *A Esquizofrenia*. Coleção - Biblioteca Básica de Ciência e Cultura, Flammarion, Lisboa - Collection DOMINOS.
- GIACON, B. C. C., GALERA, S. A. F. (2006). *Primeiro episódio de esquizofrenia e assistência de enfermagem*. Revista Esc Enfermagem USP 40 (2): 286-91. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/receusp/v40n2/18/> em 06/05/2016, 11:01.
- GRAÇA, A. (2014). *Introdução à Investigação Científica. Guia para investigar e redigir*. 2ª Edição, Mindelo.
- GOMES, I. F. B. (2007). *Psicopatologia*. Volume I, Gráfica do Mindelo.
- HOSPITAL BAPTISTA DE SOUSA (2016). *Doentes internados no serviço de psiquiatria Com diagnóstico associado a esquizofrenia (cid 10-f20-esquizofrenia)*. Dados Estatísticos, 2012-2015.
- HOWK, C. (2004). Enfermagem Psicodinâmica In Tomey, A. M., e Alligood, M. R., (coordenadores), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. (5ª Ed., p. 423-444) Loures, Lusociência Editores.
- LIMA, M. G. A. (1997). *Avaliação de custos do tratamento hospitalar da esquizofrenia: um estudo retrospectivo*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, São Paulo.
- LIMA, D. U. de, GARCIA, A. P. R. F., TOLEDO, V. P., (2013). *Olhares da Enfermagem para o paciente esquizofrénico: implicações do processo de saúde doença para o cuidado*. Revista enfermagem UFPE online., Recife, 7 (5): 4352-31 (disponível em) <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Olhares+da+Enfermagem+para+o+paciente+esquizofr%C3%A9nico%3A+implica%C3%A7%C3%B5es+d+processo+de+sa%C3%BAde+doen%C3%A7a+para+o+cuidado&btnG=&lr=/> em 11/04/2016, 15:21.
- MARI, J. J., LEITÃO, R. J., (2000). *A epidemiologia da esquizofrenia*. Rev. Bras. Psiquiátrica 22 (Supl); 15-7. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a06v22s1.pdf/> em 15/10/2016, 11:57
- McCLOSKEY, J. C., BULECHEK, G. M., (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Edição. ARTMED. Porto Alegre.

- MEIXEDO, A. P. C. (2013). *Cuidados de Enfermagem à Família do Doente em Fim de Vida*. Dissertação de Mestrado (não publicada?). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 1.<sup>a</sup> Edição, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/rprs/2010nahead/1312.pdf> em 17/04/2016, 23:40.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2012). *Relatório Estatístico 2011*. Praia. República de Cabo Verde.
- MINISTERIO DE SAÚDE DE CABO VERDE (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016*. Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos. Volume II, Cabo Verde. (disponível em) <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/238-plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-vol-i/file> 12-06-16, 23:00.
- MORENO, V., ALENCASTRE, M. B., (2003). *A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico*. Ver Esc Enfermagem USP 37 (2): 43-50. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06/> em 13/04/2016, 22:19.
- NOLASCO, M. (2013). *Sobrecarga dos familiares cuidadores em função do diagnóstico dos pacientes psiquiátricos*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São João del-Rei.
- NAVARINI, V., HIRDES, A. (2008). *A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos*. (disponível em) <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=A+fam%C3%ADlia+do+portador+de+transtorno+mental%3A+identificando+recursos+adatativas+&btnG=&lr=/> em 17/04/2016, 23:23.
- OLIVEIRA, A. G. B. de, ALESSI, N. P., (2003). O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Revista Latino-am Enfermagem 11 (3): 333-40. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf> em 04/10/2016, 12:08.
- OMS, (2005). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação*. Suíça.
- PADILHA, M. I. C. S. BORENSTEIN, M. S. (2006). *História de enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade*. (disponível em)

[https://www.researchgate.net/profile/Maria\\_Padilha2/publication/49943715\\_Historia\\_da\\_Enfermagem\\_ensino\\_pesquisa\\_e\\_interdisciplinaridade/links/5581a3bc08ae1b14a0a0fda8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maria_Padilha2/publication/49943715_Historia_da_Enfermagem_ensino_pesquisa_e_interdisciplinaridade/links/5581a3bc08ae1b14a0a0fda8.pdf) em 04/05/2016, 16:54.

- PALMEIRA, L. F., GERALDES, M. T. M., BEZERRA, A. B. C. (2013). *Entendendo a esquizofrenia: como a família pode ajudar no tratamento?* 2ª Edição, Rio de Janeiro.
- PEREIRA, M. A. O., JUNIOR, A. P. (2003). *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família.* (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11/> em 31/05/16; 13:50.
- PIRES, S. M. B. (2007). *Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação.* Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Paraná.
- RAMOS, A., FONSECA, C., SANTOS, V. (2012). *Doente esquizofrênico no seio familiar.*
- SEQUEIRA, C., (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.* Lousã, Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- SILVA, R. C. B. da, (2006). *Esquizofrenia: Uma Revisão.* Psicologia USP, 2006, 17 (4), 263-285. (disponível em) <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14/> em 06/05/2016, 10:50
- SOUZA, L. M., WEGNER, W., GORINI, M. I. P. C. (2007). *Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.* Revista Latino-americano Enfermagem, 15 (2) (disponível em) <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+em+Sa%C3%BAde%3A+uma+estrat%C3%A9gia+de+cuidado+ao+cuidador+leigo&btnG=&lr=/> em 18/05/2016, 19:39.
- TOWNSEND, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência.* 6ª Edição, Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- VILLELA, S. C., SCATENA, M. C. M. (2004). A enfermagem e o cuidar na área da saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF); vol. 57, n.6,p.738-41. (disponível em) <file:///C:/Users/0000/Downloads/a22.pdf> em 30/05/16; 18:00.

- VIEIRA, A. B. D., ALVES, E. D., KAMADA, I. (2007). *Cuidando do Cuidador: Percepções e Concepções de Auxiliares de Enfermagem Acerca do Cuidado de Si*. (disponível em) <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Cuidando+do+Cuidador%3A+Percep%C3%A7%C3%B5es+e+Concep%C3%A7%C3%B5es+de+Auxiliares+de+Enfermagem+Acerca+do+Cuidado+de+Si&btnG=&lr=/> em 18/05/2016, 19:36.
- ZANETTI, A. C. G., GALERA, S. A. F. (2007). *O impacto da esquizofrenia para a família*. Revista Gaúcha de Enfermagem ARTIGO ORIGINAL, v. 28, n.(3): p.385-92. (disponível em) <file:///C:/Users/0000/Downloads/4689-14996-1-PB.pdf> em 13/04/2016, 22:19.

## Apêndices

Apêndice I: Requerimento dirigido à Comissão de Ética do HBS



*A Comissão de Ética para a Parecer*  
*28/03/16*  
*Supervisor de Enf.*  
*para parecer e coordenação,*  
*24/03/16*

Exma. Sra. Directora  
Hospital Dr. Baptista de Sousa  
Dra Sandra Vasconcelos  
São Vicente - Cabo Verde

Assunto: pedido de autorização para recolha de informações

Mindelo, 22 de Março de 2016

Dirce Helena Lopes Andrade, aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito do desenvolvimento do seu TCC (trabalho de conclusão de curso) /Monografia, vem por essa via mui respeitosamente solicitar a Vossa Excia que se digne a conceder a autorização para recolha de informações junto dos familiares dos utentes internados no Serviço de Saúde Mental e dos profissionais de saúde que exercem na área da saúde mental e psiquiatria sobre o tema "Cuidados de Enfermagem à Família da pessoa com Psicose induzido por álcool".

O referido trabalho tem como objectivo geral:

- ✓ Conhecer a percepção dos familiares sobre os cuidados de enfermagem prestados à família do utente portador de Transtorno Psicótico induzido por álcool.

E como objectivos específicos:

- ✓ Identificar a percepção da família em relação à saúde mental, transtorno mental e ao tratamento em saúde mental;
- ✓ Identificar as necessidades da família enquanto cuidador da pessoa com transtorno psicótico;
- ✓ Conhecer a opinião da família sobre a assistência de enfermagem em relação aos cuidados prestados ao portador de transtorno psicótico;

Contacto: 9888283/2323236; e-mail: dichahelena37@gmail.com

*Aprovado pela*  
*Comissão de Ética*  
*28/03/16*

Informa-se ainda que, o trabalho será orientado pelo método de abordagem qualitativa, sendo que a recolha de informações será feita mediante a aplicação de entrevista devidamente validado para o efeito.

O trabalho atenderá a todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

Sem outro assunto de momento e ciente da vossa colaboração, subscreve cordialmente.



Suely Reis  
22/03/16

A requerente

Dirce Helena Lopes Andrade

Dirce Helena Lopes Andrade

Contacto: 9888283/2323236; e-mail: dclahelena37@gmail.com



## Apêndice II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Termo de Consentimento Informado**

No âmbito do trabalho de conclusão da licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Mindelo, eu, Dirce Helena Lopes Andrade, tenciono realizar um estudo sobre o tema “Cuidados de Enfermagem ao cuidador da pessoa com esquizofrenia” cujo objetivo é descrever a experiência de vida do cuidador de um ente com esquizofrenia. Neste sentido, gostaria de conhecer as vivências de alguns cuidadores e famílias que cuidam de forma direta ou indireta de pessoa com esquizofrenia bem como as suas experiências. Sendo assim, solicito a sua participação e desde já agradeço a vossa colaboração.

Informo que a sua participação no estudo é livre e voluntária, podendo abandoná-la a qualquer momento, caso não se sinta a vontade ou disponível.

Tem como tarefa responder algumas questões que lhe serão colocadas pelo que a sinceridade das suas respostas serão uma mais valia para o desenvolvimento da Enfermagem Psiquiátrica. Informo que as respostas serão gravadas em áudio e, serão analisadas posteriormente. Mais se informa que é garantida a confidencialidade das informações e a sua identidade é protegida ao longo e após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco porém, no que tange às vantagens poderá ser um contributo para o avanço dos conhecimentos em Enfermagem Psiquiátrica a nível dos cuidados prestados aos cuidadores bem como as intervenções de enfermagem dirigidas aos mesmos.

Este documento só deverá ser assinado se todas as suas dúvidas relativamente à participação no referido estudo já tiverem sido esclarecidas. Se tem alguma dúvida não hesite em esclarecê-la antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura do presente documento representa seu consentimento livre e esclarecido para participação.

Eu \_\_\_\_\_ declaro ser da minha livre e esclarecida vontade a participação no estudo realizado pela Dirce Andrade, estudante de enfermagem.

Mindelo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

### Apêndice III: Guião de Entrevista

#### Guião de Entrevista com os cuidadores da pessoa com esquizofrenia

##### Dados sociodemográficos:

Idade: -----

Sexo: M ☐ F ☐

Grau de parentesco com o doente: -----

Residência: -----

Há quanto tempo cuida da pessoa: -----

Grau de escolaridade: -----

Profissão: -----

##### Questionário

1. Há algum tempo tem a seu cargo/cuida de uma pessoa com o diagnóstico de esquizofrenia. Importa-se de falar sobre a sua experiência de cuidar de uma pessoa com esquizofrenia?
2. O que sabe sobre a doença “esquizofrenia”?
3. Conhece os sinais e sintomas da doença? Que considere ser a causa da doença?
4. Que mudanças houve na sua vida e nos demais membros da família depois de começarem a conviver com uma pessoa com esquizofrenia em casa?
5. Já vivenciou momentos desagradáveis no cuidar da pessoa com esquizofrenia que tem a seu cargo?
6. Que emoções experiencia nas fases mais delicadas da doença do seu ente familiar?
7. Acompanha seu ente em todos os momentos da doença e os tratamentos?
8. Que tipo de cuidados disponibiliza ao seu ente? (medicamento, roupa, alimentação, banho, acompanhar à consulta, ...)
9. Quais as principais necessidades e dificuldades sentidas no cuidar da pessoa com esquizofrenia?
10. Como descreve a relação com a pessoa com esquizofrenia?
11. Acha que cuidar da pessoa é extenuante? Sente-se mais cansada a cuidar da pessoa do que o habitual?
12. Que estratégia adopta ou tenciona adotar para minimizar essa sobrecarga sentida no cuidar da pessoa com esquizofrenia?
13. Tem apoio de outros familiares, amigos, vizinhos, ou dos profissionais de saúde Enfermeiro para cuidar do seu ente?

14. Que tipo de apoio recebe dos familiares, amigos e vizinhos, profissionais de saúde?
15. Gostaria de receber outros cuidados? Quais e de quem?

## **Anexo**

## Anexo I – Tipos de esquizofrenia

**295.30 - Tipo Paranóide (F20.0X)** – tipo de Esquizofrenia em que a característica essencial é a presença de ideias delirantes dominantes ou alucinações auditivas, num contexto de relativa preservação das funções cognitivas e do afeto.

**295.10 - Tipo Desorganizado (F20.1X)** - as características essenciais desse tipo de Esquizofrenia são o discurso desorganizado, o comportamento desorganizado e o afecto inapropriado ou embotado.

**295.20 - Tipo Catatónico (F20.2X)** – caracterizado essencialmente pela alteração psicomotora que pode envolver imobilidade motora, actividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia.

**295.90 - Tipo Indiferenciado (F20.3X)** - as características essenciais dessa Esquizofrenia, são a presença de sintomas que preenchem o critério A da Esquizofrenia, mas que não preenchem os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatónico.

**295.60 - Tipo Residual (F20.5X)** - esse tipo de Esquizofrenia deve ser utilizado quando tenha existido pelo menos um episódio de Esquizofrenia, mas no atual quadro clínico não existe evidência de sintomas psicóticos positivos dominantes (por exemplo, ideias delirantes, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado).

**Fonte:** DSM-IV-TR (2002, p.313-316)